



UNIVERSIDADE DE LISBOA
Faculdade de Medicina Veterinária

MEDICINA DE ABRIGO EM CASOS DE SUSPEITA DE MAUS-TRATOS A ANIMAIS DE
COMPANHIA

ANA MARGARIDA DE ALMEIDA CASTANHEIRO

CONSTITUIÇÃO DO JÚRI

Doutora Maria Manuela Grave Rodeia
Espada Niza

Doutora Ilda Maria Neto Gomes Rosa

Dra. Eurídice Margarida Antão Antunes
Alves

ORIENTADORA

Dra. Eurídice Margarida Antão
Antunes Alves

COORDINADORA

Doutora Anabela de Sousa Santos
da Silva Moreira

2017
LISBOA



UNIVERSIDADE DE LISBOA
Faculdade de Medicina Veterinária

MEDICINA DE ABRIGO EM CASOS DE SUSPEITA DE MAUS-TRATOS A ANIMAIS
DE COMPANHIA

ANA MARGARIDA DE ALMEIDA CASTANHEIRO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA VETERINÁRIA

CONSTITUIÇÃO DO JÚRI

Doutora Maria Manuela Grave Rodeia
Espada Niza

Doutora Ilda Maria Neto Gomes Rosa

Dra. Eurídice Margarida Antão Antunes
Alves

ORIENTADORA

Dra. Eurídice Margarida Antão
Antunes Alves

COORIENTADORA

Doutora Anabela de Sousa Santos
da Silva Moreira

2017
LISBOA

Resumo

Medicina de Abrigo em casos de suspeita de maus-tratos a animais de companhia

É cada vez mais indiscutível a necessidade do envolvimento das associações zoófilas e instituições de abrigo no resgate, alojamento, provisão de cuidados médico-veterinários, garantia de bem-estar e adoção responsável. Inevitavelmente, o Médico Veterinário que colabora com Abrigos irá lidar com os aspetos médicos de várias formas de maus-tratos e, conseqüentemente, com as investigações judiciais que estes despoletam. O percurso do animal de companhia suspeito de ser vítima pode ser longo e atravessa geralmente quatro fases: a investigação do local do crime, o exame clínico forense, a estadia no abrigo e a colocação para adoção. Durante este percurso, o animal é, simultaneamente, um ser vivo, com necessidades inerentes a essa condição, e prova do crime de que foi vítima que, como tal, tem de ser preservada. Por isso, é necessário aliar a prestação de cuidados ao animal em ambiente próprio, pondo em prática os princípios da Medicina de Abrigo, à preservação de provas, conseguida através da aplicação dos princípios da Medicina Forense. Assim, paralelamente ao exame clínico, diagnóstico, tratamento e alojamento do animal, tem de haver registos escritos e/ou fotográficos do estado de saúde, dos tratamentos instituídos, da alocação e da evolução clínica deste. Na presente dissertação são apresentados seis casos clínicos de animais suspeitos de serem vítimas de maus-tratos observados no decorrer do estágio e acompanhados desde a apresentação inicial na clínica veterinária até à sua estadia no Abrigo ou adoção. A experiência adquirida com estes casos, em conjunto com informação disponível na literatura, levou à criação de uma proposta de guia de atuação em casos de maus-tratos a animais de companhia destinado a facilitar todo o processo a Médicos Veterinários de Abrigo e associações zoófilas.

Palavras-chave: Maus-tratos, Investigação, Animais de companhia, Abrigo, Medicina, Documentação.

Abstract

Shelter Medicine in cases of suspected pet animal maltreatment

The need to involve humane organizations and shelters in the rescue, housing, provision of medical veterinary care, welfare guarantee and responsible adoption is increasingly unquestionable. Inevitably, Veterinarians who collaborate with shelters will deal with the medical aspects of various forms of animal mistreatment and, consequently, with the legal investigations triggered by it. The course of a pet animal suspected of being a victim of maltreatment can be long and usually goes through four phases: crime scene investigation, forensic clinical exam, shelter stay and placement for adoption. During this, the animal is simultaneously a living being, with needs inherent to that condition, and proof of the crime of which it was a victim and that, as such, must be preserved. Therefore, it is necessary to combine animal care in a shelter environment, putting into practice the principles of Shelter Medicine, and the preservation of evidence achieved through the application of the principles of Forensic Medicine. Thus, in parallel with the clinical examination, diagnosis, treatment and housing of the animal, there must be written and/or photographic records of the animal's health, treatments instituted, allocation and clinical evolution. In this thesis, six clinical cases of animals suspected of being victims of maltreatment, observed during the internship and followed from the initial presentation at the veterinary clinic to their shelter stay or adoption, are presented. The experience gained with these cases, together with information available in literature, led to the creation of a proposal for an action guide on how to deal with cases of animal maltreatment to facilitate the whole process to Shelter Veterinarians and humane organizations.

Keywords: Maltreatment, Investigation, Pet, Shelter, Medicine, Documentation.

Índice Geral

Resumo	i
Abstract	ii
Índice Geral	iii
Índice de figuras	iv
Índice de tabelas.....	vi
Índice de gráficos.....	vi
Índice de anexos.....	vi
Lista de abreviaturas e siglas.....	vii
Lista de unidades e símbolos.....	vii
I. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO CURRICULAR	1
1. Clínica de animais de companhia	1
2. Saídas de campo no âmbito de investigações por suspeita de maus-tratos a animais de companhia.....	4
3. Visita regular a dois Abrigos para animais e envolvimento no dia-a-dia das associações zoófilas responsáveis.....	5
II. ABORDAGEM AO ANIMAL VÍTIMA DE MAUS-TRATOS EM AMBIENTE DE ABRIGO	6
1. Introdução.....	6
1.1. Abrigos para animais.....	8
1.2. Definição de maus-tratos a de animais de companhia	9
1.2.1. Geral.....	9
1.2.2. Legal	10
2. Percurso do animal de companhia vítima de maus-tratos	10
2.1. Papel do Médico Veterinário de Abrigo	14
3. Primeira fase: investigação do local do crime	15
4. Segunda fase: exame clínico forense dos animais vivos.....	17
4.1. História pregressa	19
4.2. Exame físico	19
4.2.1. Identificação.....	19
4.2.1.1. Estimativa da idade	19
4.2.1.2. Identificação forense	20
4.2.2. Exame físico propriamente dito	20
4.2.2.1. Avaliação do comportamento	23
4.2.2.2. Avaliação da dor.....	23
4.3. Exames complementares de diagnóstico	25
5. Terceira fase: estadia no abrigo	25
5.1. Admissão	26
5.1.1. Critérios de admissão	26
5.1.2. Controlo dos agentes infecciosos e parasitários	27
5.1.2.1. Rastreio de doenças infecciosas e parasitárias.....	28
5.1.2.2. Protocolo de vacinação em ambiente de abrigo	29
5.1.2.3. Protocolo de desparasitação em ambiente de abrigo	31
5.1.3. Sinalização e cadeia de custódia	31
5.2. Alojamento e cuidados diários.....	32
5.2.1. Disposição dos animais no Abrigo	32
5.2.1.1. Quarentena	33
5.2.1.2. Isolamento.....	33
5.2.2. Cuidados diários	34
5.3. Comportamento animal	35
5.3.1. Avaliação comportamental e psicológica.....	35
5.3.1.1. Cães.....	36
5.3.1.2. Gatos	37
5.3.2. Enriquecimento ambiental.....	38
5.3.2.1. Cães.....	38
5.3.2.2. Gatos	39
5.3.3. Modificação do comportamento	41

5.4. Cuidados médico-veterinários	42
5.4.1. Terapêutica	43
5.4.2. Plano de alimentação para animais emaciados	43
5.4.3. Exames clínicos de reavaliação	44
5.4.3.1. Ganho de peso	45
5.4.4. Cuidados intensivos	46
5.4.5. Eutanásia	46
5.4.6. Necrópsia forense	46
5.4.7. Relatório técnico pericial e testemunho em tribunal como perito em Medicina Veterinária	47
6. Quarta fase: entrega da custódia do animal à instituição de abrigo e disposição final dos animais	48
III. CASOS CLÍNICOS	50
1. Contextualização	50
2. Caso clínico 1 – Marley	51
2.1. Discussão:	55
3. Caso clínico 2 – Lua	56
3.1. Discussão:	60
4. Caso clínico 3 – Nutela	61
4.1. Discussão:	67
5. Caso clínico 4 – Vitória	68
5.1. Discussão:	76
6. Caso clínico 5 – Maria	78
6.1. Discussão:	84
7. Caso clínico 6 – Salvador	84
7.1. Discussão:	103
IV. DISCUSSÃO	107
V. CONCLUSÃO	116
VI. PROPOSTA DE GUIA DE ATUAÇÃO EM CASOS DE MAUS-TRATOS A ANIMAIS DE COMPANHIA PARA MÉDICOS VETERINÁRIOS DE ABRIGO E ASSOCIAÇÕES ZOÓFILAS	118
VII. BIBLIOGRAFIA	122
VIII. ANEXOS	133

Índice de figuras

Figura 1. Percurso do animal de companhia apreendido numa investigação por suspeita de maus-tratos	13
Figura 2. Modelo de quadro de identificação a ser usado na documentação fotográfica (esquerda); Exemplo de documentação fotográfica do animal após remoção para zona de processamento e inventário (direita)	16
Figura 3. Exame clínico forense num caso de larga-escala por equipa médica com funções previamente delineadas	17
Figura 4. Documentação fotográfica do animal no início do exame físico	21
Figura 5. Jaulas sinalizadas com etiqueta amarela. Neste caso, a cor amarela foi atribuída aos animais em regime de isolamento (apreensão de larga-escala)	31
Figura 6. Área de isolamento de um abrigo improvisado para uma operação de resgate de larga-escala com barreira física, identificação e aviso de necessidade de EPI	34
Figura 7. Documentação individual (identificação, tipo de animal e formulários de monitorização) visível e acessível na grade do respetivo canil	35
Figura 8. Momento do dia dedicado simultaneamente à prática de exercício, interação com pessoas e modificação de comportamento no exterior (depois da quarentena) mas em ambiente controlado	39
Figura 9. Exemplo de alojamento de curta duração para gato	40
Figura 10. Exemplo de alojamento de longa duração para dois gatos	41
Figura 11. Protocolo de funções desempenhadas pela equipa médica	42

Figura 12. Documentação fotográfica no momento da apreensão (esquerda) e depois de totalmente recuperado (direita)	44
Figura 13. Marley antes (esquerda) e depois (direita) de tosquia completa	52
Figura 14. Condição corporal e postura arqueada apresentadas pela Lua na primeira consulta	57
Figura 15. Mancha violácea na região abdominal média ventral	57
Figura 16. Lua atualmente (17 meses) com o seu companheiro de casa	60
Figura 17. Piómetra – útero, ovários e cérvix retirados em bloco	65
Figura 18. Nutela no recobro com fluidoterapia e aquecimento	65
Figura 19. Nutela na sua nova casa.....	67
Figura 20. Condição corporal abaixo do ideal (ossos pélvicos visíveis, cintura e reentrâncias abdominais evidentes) e múltiplas lesões visíveis no dorso, flanco, membros e face	70
Figura 21. Tricograma em óleo mineral de pelo infetado por <i>M. canis</i> onde são visíveis múltiplos esporos ao redor da base do pelo.....	71
Figura 22. Fotografias colocadas pelo detentor na rede social Facebook	75
Figura 23. Mochila tal como foi retirada do contentor (esquerda), ‘Maria’ no momento em que foi retirada (centro) e a mochila já vazia (direita).....	79
Figura 24. Jaula individual de quarentena com separação física das salas de alojamento em grupo	80
Figura 25 Quadro de terapêuticas (e avisos) do Abrigo	81
Figura 26. Sala 4: Maria integrada no grupo (em cima), disposição dos comedouros e bebedouros (esquerda, em baixo) e dos caixotes (direita, em baixo)	82
Figura 27. Estado da dentição para estimativa da idade.....	85
Figura 28. Coleira com medalha de identificação A1	85
Figura 29. Animal no local e na posição em que foi encontrado (posição inalterada até ser-lhe oferecido alimento).....	86
Figura 30. Animal depois de serem oferecidos alimento e água	86
Figura 31. Documentação fotográfica do animal composta por 5 vistas de corpo inteiro com quadro de identificação incluído em todas as imagens (de frente, lateral esquerda, lateral direita, de trás e dorsal)	88
Figura 32. Articulações do carpo e tarso tumefactas; edema e eritema interdigital mais acentuados nos membros posteriores	90
Figura 33. Alopecia na região periocular e mento	90
Figura 34. Múltiplos focos de alopecia por todo o corpo; eritema e seborreia seca.....	91
Figura 35. Alopecia do mento e região ventral do pescoço com eritema, liquenificação, pápulas, pústulas, colaretes epidérmicos e focos de ulceração (esquerda) e vista de pormenor com escala para dimensionar ulceração (1 cm de diâmetro) (direita)	91
Figura 36. Pavilhão auricular com alopecia, eritema, pústulas, colaretes epidérmicos e crostas	92
Figura 37. Alopecia do peito, superfície ventral do corpo e membros; edema, furunculose, crostas, tratos fistulosos com exsudação purulenta, focos de ulceração (0,5 – 1 cm de diâmetro) e descamação	92
Figura 38. Alopecia do membro anterior direito com eritema, pústulas e escoriações (esquerda) e vista de pormenor com escala para dimensionar erosão (1 x 0,5 cm)(direita). 93	
Figura 39. Focos de alopecia e seborreia seca (em cima) e vista de pormenor com escala para dimensionar focos de alopecia (entre 0,5 – 2 cm diâmetro) (em baixo)	93
Figura 40. Exemplo de <i>D. canis</i> adulto (azul) e ovo (amarelo) presentes no material de raspagem e observados ao MO (x100).....	95
Figura 41. Lâminas de citologia identificadas para posterior conservação	95
Figura 42. Comportamento dócil e carente para com uma voluntária durante um dos passeios à trela.....	98
Figura 43. Ausência de eritema ou pústulas; ausência de articulações tumefactas	99
Figura 44. Diminuição da seborreia seca; pelo mais forte e sedoso; melhoria da condição corporal	100
Figura 45. Ausência de liquenificação na pele do mento e pescoço ventral; zonas com ligeiro eritema	100
Figura 46. Aspeto da pele e do pelo na consulta de reavaliação	101

Figura 47. Condição corporal mais próxima do ideal.....	101
Figura 48. Salvador na sua nova casa.....	102
Figura 49. Quadro de identificação (1), chapa de coleira em plástico assinalável com marcador (2) e escala em L da American Board of Forensic Odontology em cm (3)	107

Índice de tabelas

Tabela 1. Continuação da documentação fotográfica individual: possíveis evidências de maus-tratos encontradas no animal	22
Tabela 2. Exemplo de elementos a documentar no exame de reavaliação.....	44
Tabela 3. Percentagens de peso perdido correspondentes aos níveis de condição corporal abaixo do ideal.....	45

Índice de gráficos

Gráfico 1. Total de intervenções cirúrgicas no período de estágio	2
Gráfico 2. Proporção de ovariectomias e orquiectomias em relação ao total de cirurgias	2

Índice de anexos

Anexo 1. Sistema alfanumérico de ID de animais envolvidos em investigações de maus-tratos utilizado pela ASPCA	133
Anexo 2. Exemplo de sistema de sinalização por cores dos animais em estado não-crítico utilizado pela ASPCA.....	133
Anexo 3. Processo de diagnóstico de alguns exemplos de lesões provocadas por maus-tratos	134
Anexo 4. Inventário de animais.....	135
Anexo 5. Ficha clínica individual específica para casos de maus-tratos a animais de companhia	135
Anexo 6. Formulário de ferimentos e cicatrizes	135
Anexo 7. Formulário de pele, pelo & unhas	135
Anexo 8. Inventário de provas	135
Anexo 9. Inventário de fotografias/vídeo	135
Anexo 10. Ficha de tratamento	135
Anexo 11. Formulário de monitorização diária	135
Anexo 12. Inventário de animais envolvidos em casos de maus-tratos	135
Anexo 13. Ficha clínica de reavaliação	135
Anexo 14. Ficha de alta clínica	135
Anexo 15. Relatório técnico pericial do Médico Veterinário num caso de maus-tratos a animais de companhia	135

Lista de abreviaturas e siglas

ADN – ácido desoxirribonucleico	FCV – calicivírus felino
AGE – ácidos gordos essenciais	FelV – vírus da leucemia felina
ALT – alanina aminotransferase	FHV-1 – herpesvírus felino tipo 1
APAMG – Associação Protetora dos Animais da Marinha Grande	FIV – vírus da imunodeficiência felina
ASPCA – <i>American Society for the Prevention of Cruelty to Animals</i>	FPV – vírus da Panleucopénia felina
AST – aspartato aminotransferase	GNR – Guarda Nacional Republicana
Bb – <i>Bordetella bronchiseptica</i>	GRUVA – Grupo de Voluntários dos Animais da Nazaré
BID – de 12 em 12 horas	ICC – Índice de Condição Corporal
CAMV – Centro de Atendimento Médico-Veterinário	ID – Identificação individual única
CAV-1 – adenovírus canino tipo 1	IM – intramuscular
CAV-2 – adenovírus canino tipo 2	IN – intranasal
CDV – vírus da esgana canino	MO – microscópio óptico
CPIV – vírus da parainfluenza canina	MVM – Médico Veterinário Municipal
CPK – creatina fosfoquinase	NAI – lesões não-acidentais
CPV – parvovírus canino	OVH – ovariectomia
CRO – Centro de Recolha Oficial	p. ex. – por exemplo
DAP – vacina contra vírus da esgana, adenovírus tipo-2 e parvovírus caninos	PCR – reação em cadeia da polimerase
DAPPi – vacina contra vírus da esgana, adenovírus tipo-2, parvovírus e parainfluenza caninos	PM – Polícia Municipal
DGAV – Direção-Geral de Alimentação e Veterinária	PO – <i>per os</i>
DIAP – Departamento de Investigação e Ação Penal	PSP – Polícia de Segurança Pública
DL – Decreto-lei	PT – proteínas totais
EABCD – <i>European Advisory Board on Cat Diseases</i>	RCP – vacina contra vírus da rinotraqueíte, calicivírus e vírus da panleucopénia felina
ECG – eletrocardiograma	RSPCA – <i>Royal Society for the Prevention of Cruelty to Animal</i>
EPI – equipamento de proteção individual	SC – subcutânea
EV – endovenoso	SEPNA – Serviço de Proteção da Natureza e Ambiente
FAS – fosfatase alcalina sérica	SID – de 24 em 24 horas
FcoV – coronavírus felino	TACC – <i>Tufts Animal Care and Condition</i>
	TID – de 8 em 8 horas
	TRC – tempo de repleção capilar
	WSAVA – <i>World Small Animal Veterinary Association</i>

Lista de unidades e símbolos

°C – graus Celsius	kcal – quilocaloria
% – por cento	kg – quilograma
µg – micrograma	mg – miligrama
cm – centímetro	mL – mililitro
dL – decilitro	U/L – unidades por litro
g – grama	UFC – Unidades formadoras de colónias
h – horas	

I. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO CURRICULAR

1. Clínica de animais de companhia

O estágio curricular, cumprido no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Veterinária, decorreu na Clivefar – Clínica Veterinária de Leiria, sob orientação da Dra. Eurídice Margarida Antão Antunes Alves e coorientação da Professora Doutora Anabela Moreira. O estágio foi realizado num período de seis meses, de 21 de março a 24 de setembro de 2016, com uma carga horária de 54,5 horas (h) semanais, totalizando 1471,5 h de formação técnica.

A Clivefar – Clínica Veterinária de Leiria é uma clínica de animais de companhia que tem ao dispor dos seus clientes vários serviços: clínica preventiva (vacinações, desparasitações e identificação eletrónica), clínica médica (dermatologia, gastroenterologia, traumatologia, oftalmologia, cardiologia – eletrocardiograma (ECG), ginecologia/obstetrícia - inseminação artificial, estomatologia – destartarização, oncologia, endocrinologia, urologia, pneumologia, infeciologia, toxicologia), cirurgia geral e ortopédica, imagiologia (radiologia e ecografia) e análises clínicas (hemograma, bioquímica sérica e ionograma). É constituída pela clínica mãe e por uma sucursal, tendo o estágio decorrido entre as duas clínicas.

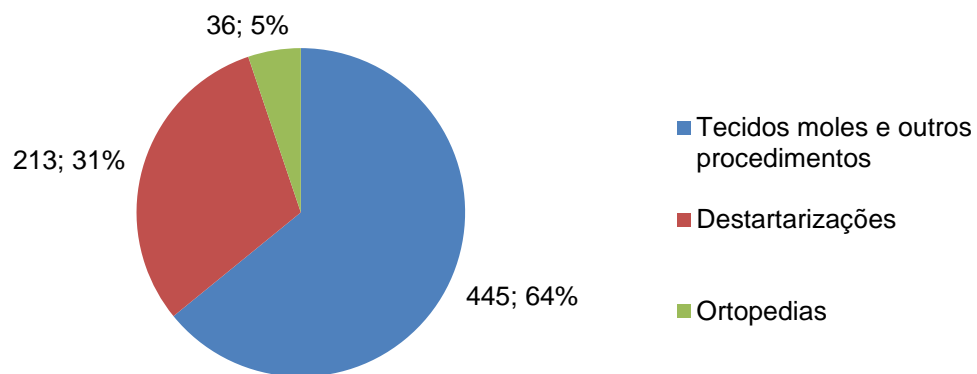
No decorrer do estágio foi possível adquirir competências nas diversas áreas de atuação da Clivefar, dado o carácter rotativo das funções desempenhadas.

Na área de Medicina Interna, foram acompanhadas as consultas diárias, desde a chegada do doente às instalações, anamnese, exame físico, auxílio na contenção e colheita de amostras biológicas, tratamento de feridas, mudança de pensos, prescrição de tratamento, elaboração de ficha de internamento (quando necessário) até à posterior discussão com elementos do corpo clínico acerca dos possíveis diagnósticos diferenciais, plano de diagnóstico, exames complementares e opções de terapêutica. Foi tida a oportunidade de assistir a consultas de profilaxia clínica (com elaboração de plano de vacinação, desparasitação interna e externa, e identificação eletrónica por aplicação de *microchip* [microchip]), consultas nas áreas de dermatologia, gastroenterologia, traumatologia, oftalmologia, cardiologia, ginecologia/obstetrícia, estomatologia, oncologia, endocrinologia, urologia, pneumologia, doenças infecciosas, toxicologia, ortopedia e animais exóticos, consultas de reavaliação, de acompanhamento pós cirúrgico e de animais em quimioterapia. Na área de Imagiologia, procedeu-se à realização e interpretação de radiografias simples e ecografia de tecidos moles.

Na área de Cirurgia, foram desempenhadas diversas funções, desde a preparação da sala de cirurgia, lavagem, embalagem e esterilização do material cirúrgico, exame pré-anestésico, incluindo exame físico, painel sanguíneo pré-anestésico (hemograma, fosfatase alcalina sérica [FAS], alanina aminotransferase [ALT], aspartato aminotransferase [AST], proteínas totais [PT], ureia e creatinina) e ECG, cateterização do doente e administração de

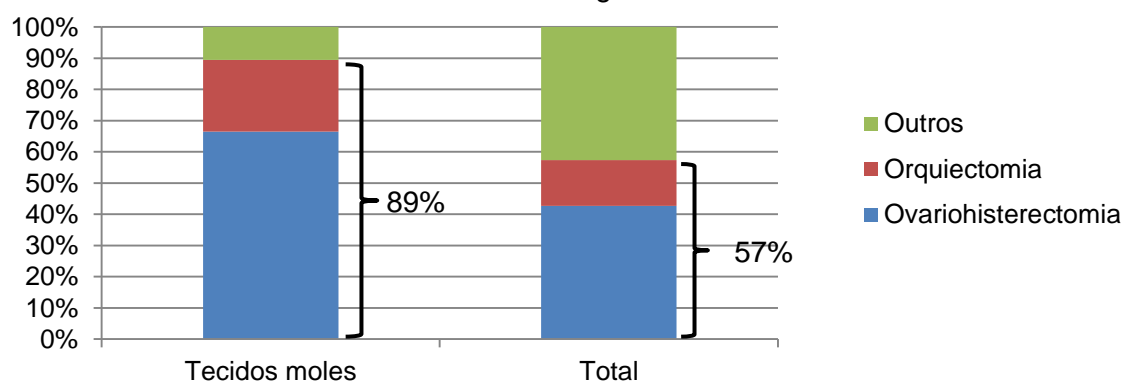
fluidoterapia, preparação da medicação e indução anestésica, preparação assética do paciente, intubação endotraqueal, limpeza e desinfecção do campo cirúrgico, monitorização e registo dos sinais vitais, medicação intraoperatória, acompanhamento do animal no pós-operatório até restabelecimento das funções vitais e elaboração da sua ficha de internamento. Foram desempenhadas ainda funções de circulante, instrumentista e ajudante de cirurgião nas várias cirurgias realizadas. O serviço de cirurgia incluiu cirurgia de tecidos moles, ortopedia e destartarização (sob efeito anestésico ou apenas com sedação). No total, registaram-se 445 intervenções em tecidos moles e outros procedimentos, 213 destartarizações e 36 intervenções em ortopedia (Gráfico 1).

Gráfico 1. Total de intervenções cirúrgicas no período de estágio



Foram contabilizadas 296 ovariectomias (223 gatas e 73 cadelas) e 102 orquiectomias (81 gatos e 21 cães), constituindo estas cerca de 89% da casuística de intervenções em tecidos moles e cerca de 57% do total de cirurgias realizadas (Gráfico 2).

Gráfico 2. Proporção de ovariectomias e orquiectomias em relação ao total de cirurgias



Houve ainda oportunidade para desempenhar a função de cirurgiã em esterilizações de felídeos machos e fêmeas sob vigilância e orientação do Médico Veterinário de serviço.

No internamento, prestou-se auxílio na monitorização e reavaliação dos animais internados através de exames físicos e exames complementares de diagnóstico, nos cuidados de enfermagem e, caso necessário, na alteração do plano terapêutico. Os cuidados de

enfermagem foram prestados ao longo do dia em colaboração com o enfermeiro e o auxiliar de serviço, nomeadamente cuidados de alimentação, observação de cateteres, fluidoterapia, administração de medicação, monitorização de sinais vitais, algaliação, tratamento de feridas, mudança de pensos, higiene e desinfeção dos pacientes e das instalações e passeios. Foi ainda possível proceder ao cálculo de doses, preparação e administração de medicação pelas diversas vias (*per os* [PO], subcutânea [SC], intramuscular [IM] e endovenosa [EV]), colheita de amostras biológicas (sangue, urina por algaliação e cistocentese ecoguiada, nódulos cutâneos por punção por agulha fina, pele por biópsia por *punch*, tecidos de aspeto neoplásico, pelo e material de raspagem, líquido pleural e abdominal, exsudados provenientes de abscessos e conteúdo do canal auditivo externo), realização de curvas de glicémia, escolha do método de fluidoterapia, cálculo das taxas de infusão, administração de soro SC e EV em felídeos e canídeos, realização de oxigenoterapia, administração de aerossóis e auxílio na realização de transfusões sanguíneas (concentrado de eritrócitos e sangue inteiro de dador).

As atividades passaram também pela realização de análises sanguíneas no equipamento existente na clínica como hemograma, bioquímica sérica, ionograma, provas de coagulação e esfregaços sanguíneos; testes rápidos de imunocromatografia, nomeadamente, os que permitem o diagnóstico de animais infetados com o vírus da leucemia felina (FeLV), o vírus da imunodeficiência felina (FIV), o parvovírus canino (CPV) e o parasita *Leishmania infantum*, e de animais com pancreatite aguda (testes SNAP® cPL™ e fPL™); raspagens de pele e tricograma com observação ao microscópio óptico (MO); ECG e radiografia torácica como forma de diagnóstico e monitorização de pacientes com patologia cardíaca. Todos os resultados de exames complementares de diagnóstico, incluindo aqueles realizados no exterior (urina tipo II e urocultura, antibiograma, testes de função tiroideia, testes de supressão com dexametasona – dose baixa) foram interpretados e discutidos com os Médicos Veterinários de serviço.

Em contexto de urgência, assistiu-se, principalmente, a casos de choque (hipovolémico, cardiogénico e distributivo), intoxicação, angioedema, insuficiência respiratória e insuficiência cardíaca graves, gastroenterite aguda, hipotermia e hipoglicémia em animais jovens e trauma provocado por ataque de animais, queda, atropelamento ou suspeita de maus-tratos.

Devido à existência de protocolos com várias associações zoófilas, foi possível contactar de perto com casos de maus-tratos a animais de companhia, nomeadamente cães e gatos.

2. Saídas de campo no âmbito de investigações por suspeita de maus-tratos a animais de companhia

Durante o período de estágio, foi possível fazer parte de uma equipa de intervenção de campo na área da Medicina Veterinária Forense, criada e dirigida pela Professora e Coorientadora da presente dissertação Anabela Moreira, e participar na sua atuação no terreno no âmbito de investigações a maus-tratos a animais de companhia efetuadas pela Unidade Especializada em Maus Tratos a Animais do Departamento de Investigação e Ação Penal [DIAP] de Setúbal.

A primeira intervenção realizou-se no dia 12 de julho de 2016, na localidade de Grândola, e consistiu numa peritagem Médico-Legal – exame clínico forense de reavaliação individual e documentação (fotografia e registo escrito) – de 50 cães (matilha de caça) anteriormente apreendidos e que se encontravam no domicílio do detentor que foi, na altura, nomeado fiel depositário. Para melhor execução da operação, a equipa foi dividida em 3 grupos: um com funções administrativas e de registo, o qual integrei, ficando encarregue da documentação fotográfica e escrita dos animais, e dois com funções médicas responsáveis pelo exame de reavaliação e documentação escrita do mesmo. A operação teve como objetivo registar exaustivamente e verter para o processo criminal informações mais detalhadas do que as que existiam na altura relativas à situação dos animais e do ambiente (higiene e sobrepopulação dos canis, qualidade do alimento, disponibilidade e qualidade da água, tratamentos profiláticos, assistência médico-veterinária e nível de exercício).

A segunda intervenção decorreu a 20 de julho de 2016 no âmbito da execução de um mandado judicial na localidade de Palmela, onde havia suspeita de maus-tratos a pelo menos 20 gatos, que culminou com a apreensão de 15 felídeos. Depois de capturados os animais, a equipa entrou em campo para proceder à triagem médica e exame físico dos mesmos cujo posterior transporte para Centros de Atendimento Médico Veterinário (CAMVs) ou Abrigos para animais, conforme ditado pela equipa, ficou a cargo de várias associações zoófilas. O método de atuação foi semelhante ao descrito anteriormente, ficando, desta vez, encarregue da colocação de coleiras com identificação e do registo escrito do exame físico (função de escritã). O exame clínico forense completo foi depois realizado pelos Médicos Veterinários dos CAMVs ou dos Abrigos. Estiveram presentes nesta intervenção militares do Comando Territorial de Setúbal, o Médico Veterinário Municipal (MVM) e o Delegado de Saúde, ambos do concelho de Palmela, e a Procuradora Adjunta da Unidade Especializada em Maus Tratos a Animais do DIAP de Setúbal.

3. Visita regular a dois Abrigos para animais e envolvimento no dia-a-dia das associações zoófilas responsáveis

Durante o período de estágio tive oportunidade de conhecer vários abrigos: o Gatil e Canil pertencentes à Associação Protetora dos Animais da Marinha Grande (APAMG) e o Centro de Recolha Oficial (CRO) autorizado do Município da Nazaré (Canil/Gatil) cujos cuidados aos animais são prestados em colaboração com o Grupo de Voluntários dos Animais da Nazaré (GRUVA). Ambas as associações zoófilas mantêm parceria com a clínica onde decorreu o estágio. Com o acompanhamento do dia-a-dia das duas associações e dos respetivos abrigos foi possível compreender as dificuldades no auxílio, resgate e alojamento de animais vítimas de abandono e maus-tratos, nomeadamente a falta de recursos financeiros, humanos e de espaço para acudir a um número crescente de pedidos de ajuda por parte da comunidade.

Nas várias idas aos abrigos (Gatil, Canil e CRO), perfazendo um total de 60 h, e através de diálogo com os voluntários, reforcei as minhas competências e intervim nos processos inerentes à manutenção da saúde e bem-estar duma população de abrigo, designadamente a triagem, admissão, quarentena, isolamento, vacinação e desparasitação, cuidados diários, assistência médica veterinária, nutrição, limpeza e desinfeção, reabilitação comportamental, enriquecimento ambiental, esterilização e processo de adoção responsável.

A partir das várias conversas com voluntários, depreendi a grande frustração comum a todos eles: a dificuldade em levar os casos de abandono e maus-tratos à Justiça com consequente punição para o perpetrador. É este o grande mote da presente dissertação, que tem como objetivo disponibilizar informação relevante aquando da deteção, planeamento e resgate de animais suspeitos de serem vítimas de abandono e maus-tratos.

II. ABORDAGEM AO ANIMAL VÍTIMA DE MAUS-TRATOS EM AMBIENTE DE ABRIGO

1. Introdução

Nos últimos anos, a proteção, bem-estar e direitos dos animais de companhia em Portugal tem vindo a ganhar uma importância significativa. As associações de defesa e proteção dos animais têm tido um papel central no despertar da atenção e preocupação da sociedade para este tema, assim como os Médicos Veterinários por todo o país, através da formação e sensibilização junto da população. Reflexo desta mesma tomada de consciência foi a criminalização dos maus-tratos e abandono de animais de companhia em Portugal e o alargamento dos direitos das associações zoófilas (Lei nº 69/2014 de 29 de agosto), e ainda, muito recentemente, o estabelecimento de um estatuto jurídico dos animais por ter sido reconhecida a sua natureza de seres vivos dotados de sensibilidade (Lei nº 8/2017 de 3 de março). Como resultado, as autoridades, Guarda Nacional Republicana [GNR] e Polícia de Segurança Pública [PSP], têm registado centenas de ocorrências. Segundo a GNR (2017), foram registados anualmente milhares de denúncias (3810 em 2015 e 3694 em 2016) que deram origem à abertura de centenas de processos criminais (655 em 2015 e 767 em 2016) e milhares de contraordenações (4684 em 2015 e 5064 em 2016) no âmbito da fiscalização de maus tratos a animais de companhia, enquadrada pela Lei n.º 69/2014.

Além disto, o número de animais de companhia que entram nos CRO tem vindo a aumentar, estando, no final de 2015, na ordem dos 30 mil animais recolhidos (Guerreiro, 2014; Alvarez, 2016). Ainda que estes números não reflitam necessariamente o aumento da taxa de abandono e, segundo a Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV) citada pelo Jornal Público, apenas “mais ou melhores meios dos municípios para lidarem com a problemática dos animais errantes” (Garcia, 2015), surge um problema de falta de espaço e de recursos para alojar todos estes animais. Esta situação tende a agravar-se a partir de 2018, altura em que os CRO têm de proceder à implementação total da nova lei, que dita o fim do abate indiscriminado dos animais acolhidos nas suas instalações (Lei nº 27/2016 de 23 de agosto).

Até agora, têm sido abatidos, por ano, dezenas de milhares de animais que dão entrada nos CRO ou em estruturas semelhantes: em 2015, dos 30.192 animais recolhidos (23.706 cães e 6486 gatos), 12.073 foram sujeitos a eutanásia. Quanto aos restantes, 2.128 foram restituídos aos detentores, 12.567 foram adotados e os demais tiveram morte natural ou foram dados como desaparecidos, segundo números divulgados pelo Ministério da Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural (Alvarez, 2016). Importa ainda dizer que, dos 308 municípios existentes em Portugal (Associação Nacional de Municípios Portugueses, 2017), apenas 149 dispõem de CRO autorizado ou têm protocolo de colaboração/utilização de CRO de outro município (Direção-Geral de Alimentação e Veterinária, 2017).

Por tudo isto, é cada vez mais indiscutível a necessidade do envolvimento das associações zoófilas e instituições de abrigo no processo de resgate, alojamento, provisão de cuidados veterinários, garantia de bem-estar e adoção responsável.

As associações zoófilas e as instituições de abrigo, por funcionarem simultaneamente como último recurso e nova oportunidade para os animais que albergam, deparam-se com o melhor e o pior do comportamento humano (Patronek, 2004). Inevitavelmente, o Médico Veterinário que colabora com um abrigo irá lidar com os aspetos médicos de várias formas de maus-tratos, desde atos de crueldade deliberada a negligência não intencional (Patronek, 2004). No entanto, a forma como é confrontado com estes casos é, geralmente, muito direta – tipicamente, os animais são apresentados para uma avaliação do seu estado, existindo de antemão uma suspeita de maus-tratos que se tenta corroborar através de provas físicas que se traduzem no próprio animal, vivo ou já cadáver (Miller & Zawistowski, 2004).

Os casos de maus-tratos com que os abrigos se deparam podem incluir uma variedade inesperada de espécies (domésticas, selvagens e exóticas) com diferentes temperamentos, necessidades de manejo e níveis de cooperação, e os cuidados oferecidos (as decisões e ações do Médico Veterinário) estão, geralmente, sujeitos a forte escrutínio público acoplado, por vezes, a expectativas irrealisticamente elevadas (Patronek, 2004).

A recente lei sobre os maus-tratos a animais de companhia, a expectativa por parte da sociedade em “levar à justiça” os perpetradores e o reconhecimento por parte das autoridades judiciais de que a intervenção nestes casos é também uma questão de segurança e bem-estar humanos (Balkin, 2010), criam a necessidade de abordar os casos encontrados por ou apresentados a associações zoófilas/instituições de abrigo de uma forma mais rigorosa que permita a elaboração de um relatório médico pormenorizado, com avaliações clínicas válidas e compreensíveis para as autoridades judiciais, no caso de se tratar, ou vir a tratar, de uma investigação criminal por suspeita de maus-tratos.

Durante o estágio curricular, tive oportunidade de contactar com vários animais suspeitos de serem vítimas de maus-tratos, quer animais errantes recolhidos pelas associações já referidas, quer animais com detentor. O processo de avaliação clínica, tratamento, admissão e estadia num abrigo de animais suspeitos de maus-tratos foi um tema que me interessou e levou a conhecer o conceito de Medicina de Abrigo e como este está intimamente ligado à Medicina Veterinária Forense nestes casos. Esta dissertação pretende, numa primeira parte, descrever os procedimentos a ter numa investigação de maus-tratos a animais de companhia, desde que o Médico Veterinário de Abrigo contacta pela primeira vez com o animal suspeito de ser vítima de maus-tratos, passando pela sua admissão no abrigo, até ao momento em que este se torna apto para adoção. No capítulo seguinte, serão apresentados alguns exemplos de aplicação prática dos conceitos abordados na primeira parte da dissertação e que foram observados durante o estágio curricular. Será ainda proposto, no

último capítulo desta dissertação, um guia de atuação em casos de suspeita de maus-tratos para instituições de Abrigo.

1.1. Abrigos para animais

As associações zoófilas têm como objetivo a promoção da proteção, bem-estar e direitos dos animais, atuando de modo direto ou indireto para a melhoria das condições de vida dos animais, em especial dos animais em risco e/ou abandonados (Associação Zoófila Portuguesa, 2015). Segundo a Lei nº 69/2014 de 29 de agosto (Artigo 2º), as associações zoófilas, desde que constituídas legalmente, “têm legitimidade para requerer a todas as autoridades e tribunais as medidas preventivas e urgentes necessárias e adequadas para evitar violações em curso ou iminentes” e ainda “constituir-se assistentes em todos os processos originados ou relacionados com a violação”.

Existem várias formas de atuação das Associações, dependendo dos seus objetivos: desde as que se dedicam a campanhas de educação e informação do público acerca dos animais, das suas características, necessidades, interesses e direitos fundamentais, às que albergam em alojamentos próprios os animais em risco com que contactam, suportando, muitas vezes, as despesas relacionadas com alimentação, cuidados diários e intervenções médico-veterinárias (ANIMAL, 2015; União Zoófila, 2016). Por funcionarem, muitas vezes, como centros de acolhimento, estas associações zoófilas são simultaneamente instituições de abrigo. Estes abrigos são privados e oferecem alojamento permanente (denominados santuários) ou temporário a animais de companhia sem o propósito de obter rendimentos (Decreto-lei [DL] n.º 315/2003, de 17 de dezembro, Artigo 1º).

Por outro lado, existem os abrigos municipais ou CRO, instituições governamentais com legislação própria e MVM responsável pelos animais albergados (DL n.º 314/2003, de 17 de dezembro, Artigo 9º, nº1; DL n.º 315/2003, de 17 de dezembro), que não raras vezes criam parcerias com as associações zoófilas como forma de aumentar as hipóteses de adoção e cujos animais temporariamente residentes são trazidos, muitas vezes, por essas mesmas associações.

A presente dissertação foca-se nos abrigos privados para animais de companhia cuja responsabilidade recai no Médico Veterinário de Abrigo e denominará daqui em diante esses alojamentos como Abrigos. No entanto, as mesmas diretrizes são aplicáveis aos abrigos municipais.

Independentemente da modalidade praticada pelos Abrigos (admissão limitada e garantia de adoção, admissão ilimitada e recurso à eutanásia, santuário, entre outras), a missão destes é salvar o máximo de vidas possível garantindo sempre a saúde e bem-estar dos animais que acolhem (Newbury *et al.*, 2010) através da conciliação de 3 áreas fundamentais em Medicina de Abrigo: a assistência médico-veterinária (Medicina), a sociabilização, enriquecimento ambiental e reabilitação comportamental (Comportamento) e os cuidados de

alojamento propriamente ditos, isto é, separação dos animais por espécie, género, idade, temperamento e estado de saúde e provisionamento de espaço, ambiente, conforto, segurança, higiene e nutrição adequados (Alojamento) (Kirk, 2012; Lopez, 2012; Windham, 2012a). O objetivo último é proporcionar uma estadia onde as cinco liberdades, definidas pelo *The Farm Animal Welfare Council*, são atendidas, garantindo assim a possibilidade de futura adoção para o maior número possível de animais, mesmo no caso dos apreendidos no âmbito de investigações criminais (Newbury *et al.*, 2010; Kirk, 2012; Lopez, 2012).

Em Portugal, a maioria dos animais de companhia são cães e gatos (Baptista, 2011), razão pela qual o termo “animal de companhia” irá referir-se apenas a estas duas espécies ao longo da dissertação.

1.2. Definição de maus-tratos a de animais de companhia

1.2.1. Geral

Os maus-tratos a animais podem ser qualquer ato, desde importunar até torturar ou matar (Balkin, Janssen & Merck, 2013), e podem ser divididos em negligência, abuso físico, abuso sexual e abuso emocional (Munro & Munro 2008a).

A negligência pode ser resultado de omissão ou realização de um ato, mas envolve sempre a falha no atendimento das necessidades dos animais, físicas ou psicológicas: alimento, água, abrigo, conforto, condições sanitárias, assistência médico-veterinária, entre outros (Phillips & Lockwood, 2013). Coleiras cravadas no pescoço de animais jovens, pelo extremamente emaranhado, unhas grandes e cravadas na pele, demodecose em animais subnutridos, fome, lesões por tratar, casos de acumulação de animais e o abandono são exemplos típicos resultantes de negligência (Merck, 2013; Reisman, 2013).

O abuso físico implica infligir lesões ou causar dor e/ou sofrimento desnecessários através de ações físicas como bater, pontapear, queimar, entre outros, e produz, normalmente, uma lesão que não poderia ter sido infligida acidentalmente (Arkow & Munro, 2008).

No abuso sexual, os animais são utilizados para satisfação sexual do sujeito (detentor ou não) que, na sua forma mais grave, pode resultar na morte do animal por extensas lesões internas (Phillips & Lockwood, 2013).

O abuso emocional é difícil de reconhecer em animais. No entanto, um comportamento ameaçador constante, o assédio verbal (gritos e gestos que transmitem irritação) ou uma falha nas necessidades básicas, particularmente as de conforto psicológico, são considerados por alguns autores exemplos daquele (Arkow & Munro, 2008; Munro & Munro, 2008a; Arkow, Boyden & Patterson-Kane, 2011).

Todos os maus-tratos que resultem em lesões físicas tomam certos padrões descritos e reconhecíveis pelo Médico Veterinário conforme o tipo de ação exercida no animal (p. ex. queimadura, pancada, envenenamento, fome ou golpe de calor) (Merck, 2013). Estes padrões são altamente sugestivos de lesões que só ocorrem de forma não acidental, pelo

que tomam a designação de lesões não-acidentais ou *non-accidental injuries* (NAI), na literatura anglo-saxónica (Arkow & Munro, 2008; Munro & Munro, 2008b; Arkow *et al.*, 2011). Neste contexto, não-acidental não é sinónimo de intencional (Reisman, 2013).

1.2.2. Legal

Relativamente aos maus-tratos a animais de companhia, a legislação portuguesa declara proibido qualquer ato de violência, isto é, infligir a morte, o sofrimento ou lesões a um animal, com detentor ou errante (salvo em justificada legítima defesa) (DL n.º 276/2001, de 17 de outubro [alterado pelo DL n.º 260/2012, de 12 de dezembro], Capítulo II, Artigo 7.º, nº 3), assim como a exposição a atividades que lhe provoquem dor ou sofrimento consideráveis: treinos demasiado intensos, promoção de lutas e todas as situações que coloquem em causa a sua segurança e bem-estar, bem como a segurança e a saúde públicas (DL n.º 276/2001, de 17 de outubro [alterado pelo DL n.º 260/2012, de 12 de dezembro], Capítulo II, Artigo 7.º, nº 4).

A violência contra animais é punível por lei, sendo que, com a entrada em vigor da Lei nº 69/2014 de 29 de agosto, esta punição deixa de ser apenas de carácter contraordenacional, por constituir uma violação do Código Civil (DL n.º 276/2001, de 17 de outubro), para poder constituir, também, crime por violação do Código Penal, com aplicação de penas de prisão e de multa (Lei nº 69/2014, de 29 de agosto). A negligência, entendida como omissão de cuidados essenciais para a garantia do bem-estar dos animais no próprio alojamento (considerada como abandono nos termos do Artigoº 6.º-A, do DL n.º 276/2001, de 17 de outubro) é também punível neste mesmo quadro de sanções.

Embora o quadro legal distinga maus-tratos e abandono, na presente dissertação optou-se por considerar quer o abandono quer a negligência como uma forma de maus-tratos, tentando-se assim ultrapassar algumas incongruências que ainda existem no normativo legal a este propósito.

2. Percurso do animal de companhia vítima de maus-tratos

O animal, enquanto vítima, pode estar vivo ou morto, pode ser único ou fazer parte de um grupo maior ou menor de animais (Reisman, 2013).

Qualquer caso de maus-tratos a um animal de companhia começa com a suspeita por parte de um cidadão (familiar, amigo, vizinho do potencial perpetrador), de uma associação zoófila, do Médico Veterinário responsável por um abrigo ou do Médico Veterinário assistente do animal ou animais em questão. Por se tratar de crime público, a denúncia pode ser feita por qualquer pessoa às autoridades competentes, nomeadamente a Polícia Municipal (PM), a PSP, a GNR ou MVM. Seja qual for a urgência ou o teor da situação, esta deve ser sempre alvo de denúncia junto das autoridades acima mencionadas, pois qualquer uma pode recebê-la diretamente. Em casos urgentes, deve ser requerida a presença e assistência imediata das autoridades competentes. Em casos graves, mas sem necessidade de

assistência imediata, as autoridades competentes devem ser informadas sobre a situação e a sua presença solicitada para proceder de acordo com o que a lei prevê para aquele caso específico. Cabe àquelas dirigir-se ao local, avaliar a situação, impedir qualquer ato de violência, negligência ou abuso de animais, desde que seja proibido por lei, identificar os autores das infrações, levantar o auto referente a esses casos e enviá-lo para o Ministério Público que, por sua vez, determinará se o ato em causa se trata de um ilícito de natureza contraordenacional ou criminal. As autoridades competentes podem também pedir a colaboração da Direção de Serviços de Alimentação e Veterinária da região (autoridade veterinária regional) ou da DGAV (autoridade veterinária nacional).

Caso o Ministério Público decida abrir inquérito, é iniciada uma investigação mais aprofundada do local, do potencial perpetrador e dos próprios animais com o objetivo de determinar se, de facto, foram cometidos maus-tratos e por quem, quando, onde, como e porquê (Stafford & Novotny, 2014). A resposta à última pergunta permitirá determinar se houve ou não intenção (abuso ou negligência, respetivamente) (Stafford & Novotny, 2014).

Havendo a possibilidade de o ilícito constituir crime e, portanto, ser julgado em tribunal, a investigação tem um carácter forense. A ciência forense é a aplicação da ciência em matérias de Direito (Merck, 2013). O princípio básico da investigação forense é o de que existe apenas uma oportunidade para examinar devidamente a cena de crime, por isso é imperativo documentar/registar de forma meticulosa, objetiva e sistemática a cena de crime, colher e preservar as provas físicas e assegurar a manutenção da cadeia de custódia até ao encerramento do caso (Newbery & Munro, 2011). Prova é algo que fornece confirmação ou dados a partir dos quais se faz um julgamento ou uma conclusão. Tudo o que é colhido da cena do crime, o próprio animal, as fotografias e respetiva memória de armazenamento (cartão de memória ou negativos) e o que é obtido a partir do animal, por exemplo, trelas, coleiras, amostras biológicas para análise laboratorial, registos médicos, radiografias, entre outros, pode ser considerado prova (Merck, 2013). Todas as provas têm de ser rotuladas com data, hora e descrição do item, seladas, assinadas (sobre o selo) por quem as recolheu e guardadas numa área restrita sujeita a um registo de acesso (Merck, 2013). Já a cadeia de custódia refere-se à viabilização da rastreabilidade de cada uma das provas através do registo de todos os passos que esta percorreu, especificando onde está, quem a manuseou e em que data o fez, enquanto o caso permanecer em aberto (Merck, 2013). A cena do crime, no contexto forense, pode ser o local e as imediações onde o crime ocorreu e onde estão ambos vítima e suspeito, mas pode também significar o próprio animal vítima do crime (corpo do animal, vivo ou morto) (Newbery & Munro, 2011; Merck, 2013).

Uma cena de crime não permanece inalterada indefinidamente, especialmente em casos de crimes contra animais em que o animal se encontra vivo, já que este é, simultaneamente, prova do crime de que foi vítima e um ser vivo com necessidades inerentes (alimento, abrigo, cuidados médico-veterinários e, por vezes, reabilitação comportamental). Por isso, é

necessária uma investigação planeada que permita reunir provas, construir um caso sólido em tribunal e, ao mesmo tempo, assegurar a rápida avaliação e tratamento adequado dos animais envolvidos (Wolf, 2013; Stafford & Novotny, 2014). É imprescindível, ainda, que todos os envolvidos se mantenham imparciais ao longo do processo (Stafford & Novotny, 2014).

A investigação tem início com a deslocação de uma equipa ao local onde ocorreu o ilícito, sendo formada pelas autoridades competentes e, dependendo da dimensão do grupo de animais em causa e da requisição por parte das autoridades, por outros Médicos Veterinários e voluntários de associações zoófilas/instituições de abrigo (Lopez, 2012). A entrada na propriedade onde se encontram os animais é realizada com mandado judicial, que pode prever a sua apreensão nos casos que o justifiquem (McBride, 2013). Quando existe um grande número de animais, estes podem ser removidos ou permanecer no local, mediante a montagem de um perímetro de segurança, sendo aí prestados todos os cuidados necessários (McBride, 2013). Não obstante, todos os animais presentes no local são submetidos a um exame clínico forense realizado por um ou mais Médicos Veterinários (no local, no Abrigo, em CAMV ou no CRO) (Lopez, 2012; Merck, 2013). A realização deste exame é baseada nos princípios da Medicina Veterinária Forense (Windham, 2012a). Esta consiste na utilização de informação científica médico-veterinária para responder a questões colocadas pelo tribunal sobre a saúde e bem-estar de determinado animal (Merck, 2013).

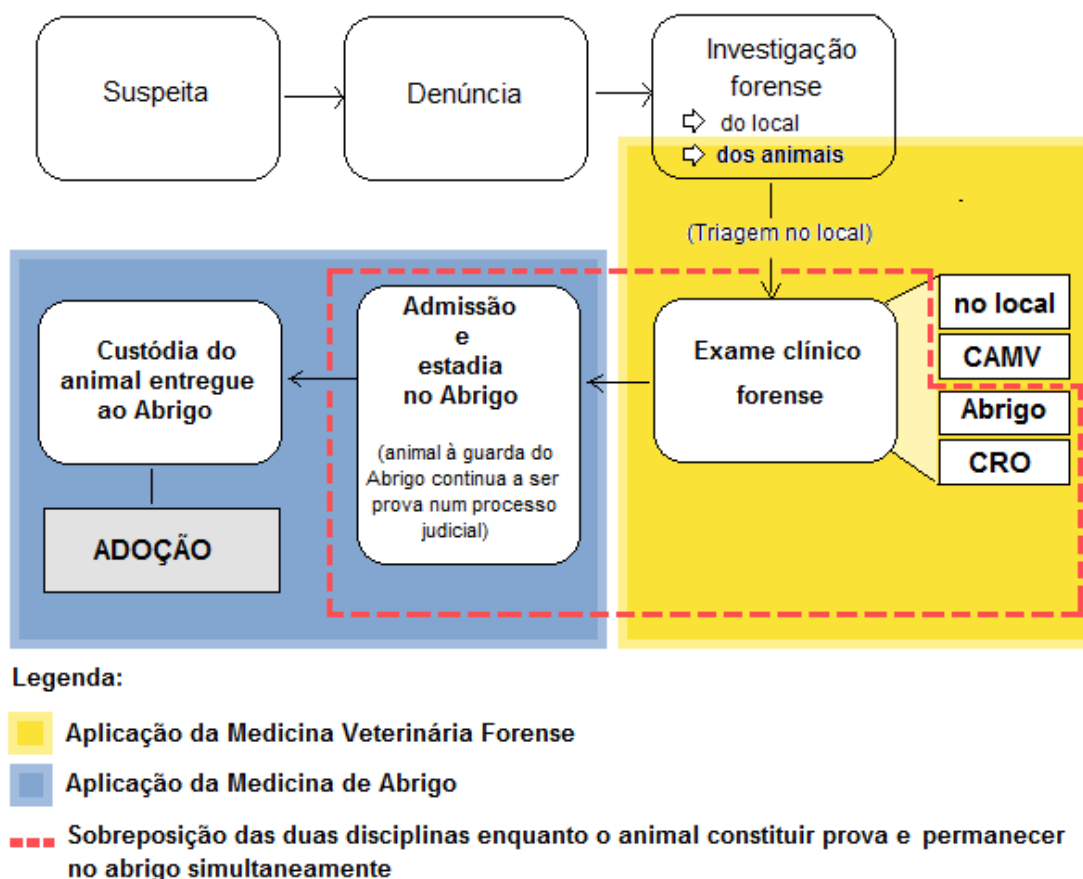
Quando a decisão é a apreensão dos animais, a custódia dos mesmos é entregue ao Ministério Público, podendo aqueles ficar à guarda de uma instituição de abrigo cujas responsabilidades passarão por transportá-los para o Abrigo ou um CAMV, conforme os cuidados que inspiram, por proporcionar alojamento e cuidados adequados e por atualizar o Procurador relativamente ao estado apresentado pelo animal enquanto o processo judicial decorrer ou até a sua custódia ser entregue à instituição (Lopez, 2012; Rickey, 2012; McBride, 2013; Stafford & Novotny, 2014). Por conseguinte, o caso não encerra aquando da remoção dos animais para fora do local do crime, antes se prolonga no tempo, por vezes semanas ou meses, o que implica uma recolha de provas contínua (registo da evolução do animal) e manutenção da cadeia de custódia durante o transporte, o exame clínico forense e a estadia no Abrigo (Destreza, 2012).

Por fim, quando o processo judicial estiver concluído ou a custódia dos animais for entregue à instituição de Abrigo, estes poderão ser colocados para adoção, resolução ideal que deve guiar todas as ações durante a admissão/estadia dos animais nas instalações do Abrigo (Kirk, 2012; Rickey, 2012), transferidos para outras instituições de Abrigo ou famílias de acolhimento temporário, ou submetidos a eutanásia (Reid, 2013; Melius, 2014).

Portanto, ambas as disciplinas, Medicina Veterinária Forense e Medicina de Abrigo, necessitam obrigatoriamente de ser conciliadas durante uma parte significativa do percurso,

de forma a proporcionar a melhor resolução possível para os animais (Figura 1) (Windham, 2012a).

Figura 1. Percurso do animal de companhia apreendido numa investigação por suspeita de maus-tratos (Adaptado de Destreza, 2012; Lopez, 2012; Rickey, 2012)



De forma geral, os casos de maus-tratos a animais de companhia dividem-se naqueles que envolvem apenas um animal ou um grupo relativamente pequeno de animais (Reisman, 2013), e os que envolvem grupos maiores, denominados de larga-escala (Merck, 2014). A fronteira entre os dois é definida pelos recursos existentes (materiais e humanos) (Fitch, 2013). Os casos de larga-escala envolvem, tipicamente, um grande número de vítimas (vivas ou mortas) (Merck, 2014) e um enorme afluxo de animais no Abrigo de uma só vez (Windham, 2012a). As fábricas de cachorros (*puppymills* na literatura anglo-saxónica), as situações de acumulação e as operações de desmantelamento de crime organizado envolvendo lutas de cães são exemplos típicos (Windham, 2012a; Rickey, 2012; Fitch, 2013). O realojamento dum grande número de animais que necessitam de diferentes níveis de cuidados implica uma maior necessidade de colaboração entre autoridades e instituições de abrigo (Lopez, 2012) e, por vezes, representantes de Saúde Pública e Serviços Sociais, como acontece, por exemplo, em casos de acumulação (Patronek, 2001).

2.1. Papel do Médico Veterinário de Abrigo

O Médico Veterinário é a entidade mais competente para reunir provas medicamente relevantes durante uma investigação, desde a avaliação inicial do local, passando pela triagem de animais em estado crítico ainda no local, até ao exame clínico forense e reavaliações clínicas no Abrigo (Benetato, Reisman & McCobb, 2011; Windham, 2012a).

Grande parte da informação disponível acerca do papel dos Médicos Veterinários de Abrigo em casos de maus-tratos provém dos Estados Unidos da América e do Reino Unido cujos sistemas judiciais são diferentes do nosso. Assim, nestes países, seguindo a cronologia de uma investigação, a primeira intervenção do Médico Veterinário de Abrigo poderá ser na avaliação, no local, das condições a que os animais estão sujeitos (McBride, 2013; Reisman, 2013). De facto, os Médicos Veterinários de Abrigo já desempenham, em alguns países, um dos papéis principais nas investigações, sendo comum, nesses locais, a parceria entre instituições de abrigo e as autoridades competentes durante investigações de casos de maus-tratos a animais de companhia (McBride, 2013). A *American Society for the Prevention of Cruelty to Animals* (ASPCA) e a *Royal Society for the Prevention of Cruelty to Animals* (RSPCA) são exemplos de organizações humanitárias que participam ativamente em investigações por suspeita de maus-tratos desde a avaliação inicial do local, passando pela recolha de provas a partir dos animais e provisão dos cuidados adequados nos seus abrigos, até ao testemunho em tribunal e o realojamento em lares definitivos (American Society for the Prevention of Cruelty to Animals [ASPCA], n.d.1; Royal Society for the Prevention of Cruelty to Animals [RSPCA], n.d.).

Como Médicos Veterinários, detetam mais facilmente evidências deste tipo de crime no meio ambiente dos animais (ausência de alimento e água acessíveis e apropriados, uso de correntes curtas e pesadas, falta de abrigo e higiene, ausência de fezes, entre outros) (Merck, 2013). Em Portugal, esta intervenção é da competência do MVM. O Médico Veterinário de Abrigo só poderá intervir nesta etapa caso o Ministério Público o nomear para acompanhar as diligências ou o MVM solicitar a sua ajuda. Caso participe, poderá, por exemplo, realizar uma triagem médica, isto é, atribuir a prioridade de assistência médica aos animais com base na urgência do seu estado e probabilidade de sobrevivência, como acontece, principalmente, em casos de larga-escala (McBride, 2013).

Por fim, a tarefa principal e essencial do Médico Veterinário de Abrigo em investigações por suspeita de maus-tratos é avaliar completa e detalhadamente a apresentação médica e comportamental do animal à entrada (exame clínico forense) e durante a estadia no Abrigo (reavaliações), documentar essa avaliação, no mínimo, por meio de registos escritos e fotografia, fornecer essa documentação às autoridades judiciais o mais brevemente possível e, por último, estar preparado para testemunhar em tribunal, se o caso aí chegar e se aquelas assim o decidirem (Benetato *et al.*, 2011; Merck, 2013; McBride, 2013; Reisman, 2013).

Para completar a sua tarefa, o Médico Veterinário deve manter-se imparcial: os maus-tratos são uma determinação legal e não médica (Merck, 2013). Portanto, este profissional deve limitar-se a descrever e explicar a natureza dos achados clínicos e o sofrimento/dor que o animal experimentou em resultado dos mesmos (Merck, 2013).

Qualquer intervenção terapêutica ou diagnóstica para estabilizar e/ou recuperar o animal é única e exclusivamente da responsabilidade do Médico Veterinário, embora a intervenção fique registada e dela se dê conhecimento ao Procurador. No caso de querer realizar intervenções não urgentes (p. ex. esterilização) que têm o objetivo de beneficiar o animal mas que o modificam como prova, o Médico Veterinário deve comunicá-lo ao Procurador encarregue do caso que autorizará, ou não, a respetiva intervenção (McBride, 2013). O mesmo é válido para a decisão de eutanásia (Delany, 2013) e a realocação do animal noutro local que não o Abrigo (McBride, 2013).

Os Médicos Veterinários de Abrigo, como conhecedores da dinâmica deste local, isto é, da necessidade de controlo das doenças infecciosas e problemas comportamentais e da limitação de recursos humanos, são a entidade apropriada para comandar as operações médicas durante a sua admissão e estadia dos animais naquele (Kirk, 2012).

3. Primeira fase: investigação do local do crime

No primeiro contacto com o local do crime é necessário documentar (através de fotografia, vídeo, notas, esquemas e outros) a cena tal como ela é apresentada, sem deslocar ou remover qualquer possível prova, incluindo os animais (Merck, 2013; Lopez, 2012; Fitch, 2013). Este percurso de avaliação inicial do local é realizado por uma equipa restrita na qual deve sempre figurar um Médico Veterinário (Destreza, 2012). Só depois poderá ser dada atenção aos animais como seres vivos e não apenas como provas (Fitch, 2013). No entanto, se a vida de um animal estiver em causa, esta sobrepõe-se à necessidade de preservar provas (Newbery & Munro, 2011).

Se estiverem presentes mais do que um animal, o Médico Veterinário, para além de observar o meio ambiente em busca de evidências do crime, pode ter de realizar uma triagem médica através da qual são assinalados os animais em estado crítico que necessitam de assistência médica urgente (Destreza, 2012). Estes são priorizados nos processos seguintes: identificação individual única, documentação *in situ*, remoção, sinalização, restante documentação do animal, inventário, tratamento de carácter urgente (no local ou transporte para CAMV local) e transporte (Lopez, 2012). Por vezes, a triagem pode resultar na eutanásia de alguns animais ainda no local. Quer essa possibilidade esteja prevista ou não no mandado judicial, é fundamental documentar o estado do animal cuja gravidade justifica o recurso àquele procedimento (McBride, 2013).

A atribuição de uma identificação individual única (ID), normalmente de tipo alfanumérico, a cada animal é o passo seguinte (Anexo 1). Depois, é documentado (fotografia) no seu

ambiente, isto é, *in situ*, antes de efetuada qualquer alteração (p. ex. remoção para outro local ou fornecimento de água e/ou alimento), mesmo os que necessitam de ser removidos com urgência, por exemplo, para um CAMV (Destreza, 2012; Fitch, 2013). Concluídas as etapas anteriores, será possível remover o animal para outro local, geralmente uma área nas imediações previamente designada, equipado para proceder às ações de sinalização, restante documentação e inventário (Destreza, 2012). É, então, sinalizado com uma coleira ou etiqueta na transportadora, no caso de animais não manipuláveis. Ambas terão de identificar o animal, seja através da ID (coleira ou etiqueta), seja por medalha numerada (coleira), cuja correspondência com a ID é registada nos documentos relativos àquele e no inventário (Destreza, 2012). Os animais que não foram considerados urgências médicas podem ainda ser sinalizados através da colocação de uma fita colorida na coleira/transportadora e na jaula de transporte cuja cor alertará as pessoas na chegada ao abrigo para o tipo de cuidados que inspiram, como por exemplo fêmea gestante ou agressivo (Anexo 2) (ASPCA, n.d.2). Ainda na mesma área, o animal é fotografado junto a um quadro de ID (Figura 2) e essa mesma é inserida num inventário concebido propositadamente para estes casos onde constam os campos relativos a espécie, raça, cor, género, idade e comentários relevantes correspondentes (Destreza, 2012; Fitch, 2013). O inventário funciona como registo de toda a propriedade apreendida e assegura a manutenção da cadeia de custódia (Destreza, 2012).

Figura 2. Modelo de quadro de identificação a ser usado na documentação fotográfica (esquerda) (Retirado de ASPCA, n.d.2); Exemplo de documentação fotográfica do animal após remoção para zona de processamento e inventário (direita) (Destreza, 2012)

CASE #: 2010-059
LOCATION: Jackson, MO
DATE: 5/27/10
ANIMAL ID #: 512

Nota: inclui sempre número do caso, local, data e ID.



(Gentilmente cedido por Kathryn Destreza, ASPCA)

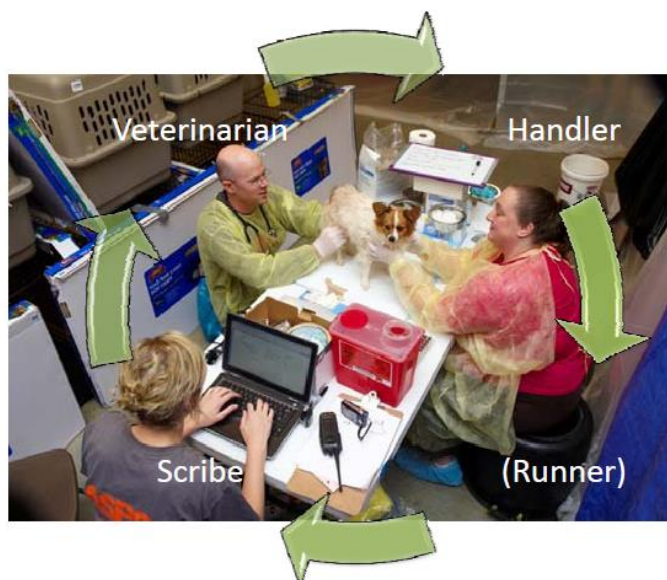
Depois de concluídas as operações anteriores, os animais são transportados para o Abrigo ou CAMV (Destreza, 2012) em jaulas individuais (exceto progenitoras com crias) adequadas à espécie/tamanho e identificadas, expostos ao mínimo *stress* possível (separação por espécie, necessidade de arejamento, controlo da transmissão de doenças infecciosas, provisionamento de água e alimento sempre que necessário) e acompanhados por um Médico Veterinário se o seu estado de saúde o ditar (Newbury & Smith, 2011). A proteção e a segurança, ou preservação da cadeia de custódia, dos animais são essenciais, pois ainda

constituem prova num processo judicial e o transporte não pode alterar o seu estado antes de serem submetidos a exame clínico forense (Destreza, 2012; Lopez, 2012).

4. Segunda fase: exame clínico forense dos animais vivos

Os casos de maus-tratos que envolvem grupos pequenos de animais permitem um exame clínico bastante detalhado (Reisman, 2013). Nestes casos, sempre que possível, o exame clínico forense deve ser realizado num CAMV, onde existem todos os meios para uma avaliação clínica completa (p. ex. recurso a radiologia) (Reisman, 2013). Já as apreensões de larga-escala, envolvendo por vezes centenas de animais, não permitem um exame tão aprofundado por falta de recursos e restrições de tempo, pelo que se torna necessário decidir antecipadamente qual o painel mínimo de informação a recolher de cada animal (Reisman, 2013; Merck, 2014). Nestes casos, o exame clínico forense decorre normalmente nas instalações do Abrigo de destino (Lopez, 2012) e é realizado por uma equipa médica diferente da equipa de triagem de emergência no terreno (Figura 3) (Merck, 2014).

Figura 3. Exame clínico forense num caso de larga-escala por equipa médica com funções previamente delineadas (Windham, 2012a)



(Gentilmente cedido por Rhonda Windham, ASPCA)

Legenda: Veterinarian - Médico Veterinário; Handler - manipulador; Scribe - escrivão; Runner – circulante.

O Abrigo de destino pode ser temporário (planeado e erguido/montado para acolher os animais duma determinada investigação, geralmente de larga-escala) ou um ou vários Abrigos pré-existent (com população residente) (Kirk, 2012). Em qualquer uma das situações (pequena ou larga-escala), o exame clínico forense é individual, pois cada animal é considerado uma prova e representa uma possível acusação de maus-tratos para o perpetrador (Merck, 2014).

O exame clínico forense tem como principais objetivos acrescentar provas ao caso (descrição do estado do animal, fotografias, registos, resultados de análises, recolha de provas físicas, entre outros) (Lopez, 2012; Rickey, 2012), diagnosticar e, consequentemente, determinar os cuidados médicos e não médicos necessários à reposição do estado hígido e de bem-estar do animal (p. ex. terapêutica médica, profilática e dietética, reabilitação comportamental, enriquecimento ambiental, *grooming* e outros cuidados diários) (Destreza, 2012; Lopez, 2012). Para isto, têm de ser avaliados dois componentes (Stafford & Novotny, 2014; Reisman, 2013): (1) as lesões físicas, isto é, se existem, qual o tipo, a localização, a idade, o nível de força necessário para as produzir (há diferença entre fraturar um fémur ou uma falange) e se o relato dos acontecimentos por parte do perpetrador ou testemunhas explica a gravidade das lesões; (2) o comportamento, ou seja, se o animal demonstra, por exemplo, medo, agressividade ou curiosidade. A avaliação destes componentes permitirá responder a questões centrais numa investigação sobre maus-tratos a animais, questões essas que diferenciam a Medicina Veterinária Forense da Medicina Veterinária Geral (Reisman, 2013):

- O animal foi alvo de lesão/ferimento?
- O animal sentiu dor como resultado da ação/omissão humana?
- Durante quanto tempo foi comprometida a saúde do animal?

Para obter resposta a estas questões é imperativo a realização do exame clínico forense, que pode ser dividido em diversas partes: (1) levantamento da história pregressa; (2) realização do exame físico; e (3) realização de exames complementares (Reisman, 2013).

A alteração do estado de saúde inerente à qualidade de ser vivo torna necessária: (1) a documentação contemporânea de todos os achados clínicos e procedimentos tomados de forma clara e metódica através de fichas clínicas, fotografia, vídeo, notas e esquemas; (2) a recolha das provas físicas necessárias (p. ex. coleira cravada no pescoço ou vestígio de sangue) e (3) a manutenção da cadeia de custódia (Newbery & Munro, 2011). A documentação irá ser preciosa na elaboração do relatório técnico pericial onde irão constar todas as informações recolhidas durante o exame, assim como uma interpretação clara, objetiva e neutra dos factos e uma conclusão equilibrada (Reisman, 2013).

Nos casos que envolvem vários animais, mesmo grupos pequenos, é necessário, para além do exame clínico forense individual, avaliá-los como um todo: apresentações clínicas semelhantes podem excluir ou incluir diagnósticos diferenciais (Reisman, 2013). Por exemplo, no caso de três cães emaciados recolhidos de um quintal sem sinais de doença (espirros, tosse, vômitos, diarreia), é mais provável que o estado de magreza se deva a fome do que a doença tumoral (Reisman, 2013).

Nos casos de negligência, o Médico Veterinário deve assinalar as medidas que o detentor poderia ter tomado para prevenir as condições encontradas no animal: prevenção de dirofilariose, controlo de pulgas, ambiente higiénico, tratamento de otites por ácaros,

desparasitação interna de rotina, tratamento da demodecose com ivermectina, entre outros (Merck, 2013). Já no caso de lesões deixadas por tratar, é importante apontar qual seria o prognóstico e quais os custos caso o tratamento tivesse sido realizado atempadamente (Merck, 2013). É ainda pertinente assinalar o que teria sido óbvio para o detentor, como o odor nauseabundo e as descargas purulentas provenientes de uma coleira cravada no pescoço, de maneira a estabelecer o momento a partir do qual o perpetrador teve conhecimento do problema e escolheu, ainda assim, não tomar as medidas necessárias, o que pode ajudar na determinação de intenção pelos autoridades judiciais (Merck, 2013).

Uma vez que estes animais, mesmo os que são examinados em CAMVs, irão dar entrada num Abrigo, para além do exame clínico forense, equivalente ao exame de estado geral de admissão obrigatório para qualquer animal que dê entrada num Abrigo (Newbury *et al.*, 2010; Griffin, 2013; Miller & Janeczko, 2013; UC Davis Koret Shelter Medicine Program [UC Davis KSMP], 2015a), é necessário sujeitá-los a outros procedimentos essenciais que asseguram a saúde de grupo e protegem a saúde pública (Newbury *et al.*, 2010; Kirk, 2012). No mínimo, os animais devem ser vacinados e desparasitados internamente antes ou durante a admissão (Kirk, 2012). Normalmente, estes procedimentos são realizados no mesmo momento do exame clínico forense (Kirk, 2012; Levy, 2013), mas possuem um propósito diferente, pelo que serão discutidos adiante.

4.1. História pregressa

A história pregressa pode ser obtida diretamente a partir do perpetrador ou através do investigador encarregue do caso (Reisman, 2013) e deve ser o mais detalhada possível, inclusivamente complementada com fotografias e relatório das autoridades (Merck, 2013).

4.2. Exame físico

4.2.1. Identificação

O animal tem já uma ID (código alfanumérico) e uma descrição breve sobre espécie, raça, cor, género e idade. No entanto, é função do Médico Veterinário rever esta descrição e corrigi-la se necessário, pois estas informações são imprescindíveis quer na vertente de exatidão das provas (Reisman, 2013), quer na vertente do alojamento e tratamento no Abrigo (Newbury *et al.*, 2010). Por exemplo, a idade determina o plano de vacinação (Day, Horzinek, Schultz & Squires, 2016) e o estado reprodutivo (fértil/estéril, cio ou gestante) influencia a disposição do animal no Abrigo (Miller & Janeczko, 2013).

4.2.1.1. Estimativa da idade

A idade do animal tem de ser, frequentemente, estimada. No caso específico de animais em crescimento (menos de um ano de idade) que passaram por um período de subnutrição, a estimativa deve ser exata para poder comparar o seu crescimento com o animal normal da mesma idade (Reisman, 2013). Os achados clínicos que podem ajudar com a estimativa da

idade incluem a dentição, o desenvolvimento ósseo (encerramento das placas de crescimento em idades específicas), a esclerose senil do cristalino (6 anos de idade ou mais), hiperplasia prostática benigna no cão (machos inteiros com mais de 5 anos de idade) e o aspeto das válvulas cardíacas (apreciável por ecografia realizada por especialistas) (Miller & Janeczko, 2013; Reisman, 2013).

4.2.1.2. Identificação forense

A identificação forense pode ser feita através da análise de ácido desoxirribonucleico (ADN), tatuagens na pele, impressão do nariz nos cães, que é tão única como a impressão digital humana (Merck, 2013) e *microchip* (Reisman, 2013).

4.2.2. Exame físico propriamente dito

O exame físico completo é a base de todos os exames clínicos forenses e tem de ser efetuado independentemente do número de animais a avaliar (Reisman, 2013). Todos os achados clínicos, normais e anormais, têm de ser registados, uma vez que a ausência de informação sobre determinado aparelho ou órgão pode ser interpretada como parte do exame não realizada (Merck, 2013). O exame físico é composto, no mínimo, por: exame de estado geral, determinação do Índice de Condição Corporal (ICC), fotografias adicionais, recolha de provas físicas e outra documentação (Destreza, 2012). Durante a impressão geral são avaliados o estado de consciência, comportamento, postura, locomoção, conformação, estado nutricional, pelagem, pele e unhas, sons anormais e outras anomalias que se destaquem, observando o animal a uma curta distância (Newbery & Munro, 2011). De seguida, é realizada a documentação fotográfica do animal composta por 5 vistas de corpo inteiro com quadro de identificação incluído em todas as imagens ou como primeira da série (de frente, lateral esquerda, lateral direita, de trás e dorsal) (Figura 4) (Destreza, 2012).

Figura 4. Documentação fotográfica do animal no início do exame físico (Destreza, 2012)



(Gentilmente cedido por Kathryn Destreza, ASPCA)

Legenda: 1 - Primeira fotografia com quadro de identificação (indica que as fotografias seguintes correspondem a esse animal); 2 - De frente; 3 - Lateral esquerda; 4 - Lateral Direita; 5 - De trás; 6 – Dorsal

O exame em contacto próximo com o animal inclui a determinação do peso e condição corporal, temperatura, frequência cardíaca e respiratória, cor das mucosas, tempo de repleção capilar (TRC), estado de hidratação, tamanho dos linfonodos periféricos, o exame de toda a superfície do animal (aspetos dorsal, ventral, cranial, caudal, lateral e medial de cada parte do corpo) e o exame de todos os aparelhos (Newbery & Munro, 2011; Merck, 2013).

A determinação da condição corporal deve ser baseada numa escala de ICC de 5 ou 9 pontos, que variam de 1 - emaciado a 5 ou 9 – extremamente obeso, respetivamente (Freeman *et al.*, 2011). Embora a escala de ICC mais utilizada, incluindo para esta dissertação, seja a de 9 pontos¹, o Médico Veterinário pode optar por outra, desde que registe essa informação no relatório técnico pericial (Merck, 2013).

Idealmente, o pelo deve ser inspecionado com uma luz ultravioleta para detetar possíveis vestígios biológicos, nomeadamente saliva, sangue ou sémen (Merck, 2013). Qualquer vestígio detetado é recolhido antes de prosseguir o exame (Newbery & Munro, 2011).

Já a inspeção de todos os orifícios (cavidade oral e nasal, canal auditivo externo e área genital/anal), o exame oftálmico e a palpação da cabeça, corpo e cauda ajudam na deteção de sinais clínicos sugestivos de trauma: hemorragia subconjuntival, fenda palatina, epistáxis, fraturas, tumefações e separação das vértebras caudais na base da cauda são alguns exemplos (Newbery & Munro, 2011; Merck, 2013). Poderá ser necessária a tricotomia de uma determinada zona para expor a extensão real de uma lesão, por exemplo uma contusão (Merck, 2013). Sempre que existam lesões, feridas ou cicatrizes visíveis na pele, a sua localização, tamanho, distribuição e idade (por estimativa) devem ser descritos e assinalados em diagrama individual num documento anexo à ficha clínica, e o mesmo deve



¹ disponível na WSAVA Global Nutrition Assessment Guidelines (<https://www.wsava.org/guidelines/global-nutrition-guidelines>)

ser feito para o estado do pelo e unhas (Merck, 2013). É ainda necessário procurar, identificar e quantificar ecto e endoparasitas presentes no animal (Merck, 2013).

Idealmente, durante o exame físico, devem ser feitos alguns registos biométricos: comprimento do animal (desde o nariz à base da cauda), circunferência do tórax (ao nível do cotovelo), abdómen, pescoço e coxas, altura do animal (da mão/pé ao topo do crânio, ao ombro e à pélvis) e, sempre que exista um ferimento que possa ter originado uma mancha de sangue no local do crime, a distância entre o ferimento e o focinho, a cauda e o chão (Merck, 2013). Estas medidas, para além de constituírem um ponto de comparação para futuras avaliações da sua condição corporal (Newbery & Munro, 2011), podem ser cruciais para analisar e interpretar devidamente manchas de sangue presentes no local do crime (Merck, 2013).

Qualquer possível prova de maus-tratos no animal (lesão, vestígio ou outro) é fotografada (Tabela 1) (Newbery & Munro, 2011; Destreza, 2012; Windham, 2012a; Merck, 2013). No caso de se tratar de um item (p. ex. coleira cravada no pescoço, corrente ou projétil) ou vestígio (tinta, saliva, sangue, entre outros), a prova é recolhida, embalada e selada (Newbery & Munro, 2011; Destreza, 2012).

Tabela 1. Continuação da documentação fotográfica individual: possíveis evidências de maus-tratos encontradas no animal (Adaptado de Newbery & Munro, 2011 e Merck, 2013; figuras: Destreza, 2012)

Sequência fotográfica	Descrição	Exemplos
1º - Meia-distância	Fotografia de um ponto de interesse (lesão ou qualquer outra evidência de maus-tratos) que permite reconhecer a sua localização anatómica	 <p><i>(Gentilmente cedido por Kathryn Destreza, ASPCA)</i></p>
2º - Pormenor	Fotografia de um ponto de interesse sem necessidade de contexto anatómico. Utilização de escalas para mostrar dimensões e relação com pontos de referência	 <p><i>(Gentilmente cedido por Kathryn Destreza, ASPCA)</i></p>

É importante que: (1) a fotografia seja tirada num ângulo de 90° com o objeto para evitar distorção, (2) todas as fotografias contenham a data e hora e (3) todas sejam registadas num inventário fotográfico (Merck, 2013; Reisman, 2013). Nenhuma fotografia pode ser eliminada de um conjunto de imagens digitais (Reisman, 2013). Os negativos ou cartão de memória das máquinas fotográficas (ou no caso de cópia para CD, o próprio CD) são prova e é necessário preservá-los como tal (Newbery & Munro, 2011). Sempre que possível, o exame clínico forense deve ser documentado através de vídeo, pois este permite documentar comportamentos que o animal apresenta, nomeadamente a dificuldade em executar funções (p. ex. problema neurológico ou claudicação), a reação ao receber alimento e água pela primeira vez (p. ex. animal emaciado) ou a vocalização (p. ex. dor ou lesão cerebral) (Merck, 2013).

A partir do exame físico, o Médico Veterinário obtém uma lista de diagnósticos diferenciais e formula um plano de diagnóstico que lhe permita confirmar ou refutar cada um deles (Anexo 3) (Merck, 2013).

4.2.2.1. Avaliação do comportamento

O comportamento do animal é observado não só durante a impressão geral como ao longo de todo o exame físico (Newbery & Munro, 2011). A avaliação comportamental e psicológica é uma parte essencial do exame clínico forense, mas nem sempre realizável de forma completa e rigorosa aquando do primeiro exame clínico forense, principalmente em casos de larga-escala, devido a restrições de tempo e recursos (Reid, 2013). Nestes casos, esta pode ser feita depois dos animais serem instalados no Abrigo e as conclusões serão acrescentadas ao relatório médico pericial (Reid, 2013). Além disso, o comportamento muda frequentemente com a melhoria do estado de saúde do animal, podendo aproximar-se ou afastar-se do que é aceitável socialmente, pelo que é necessário documentar o comportamento em alturas posteriores (Reisman, 2013). Nesta altura, o animal é classificado provisoriamente em dócil, nervoso ou agressivo/silvestre (Levy, 2013).

4.2.2.2. Avaliação da dor

Por último, é essencial que seja feita uma avaliação da dor (Merck, 2013). O reconhecimento desta e das suas manifestações e a definição do seu grau suportados pelo animal é crucial em Medicina Veterinária Forense porque constitui prova de que o animal foi vítima de maus-tratos e ajuda a quantificar a gravidade das lesões numa linguagem facilmente entendida pelas autoridades judiciais (Merck, 2013; Reisman, 2013). Além disso, a dor pode ser o único sinal encontrado nas vítimas de maus-tratos. É, por isso, essencial realizar uma avaliação daquela o mais objetiva possível, registá-la e incluí-la no relatório médico pericial, assim como a terapia aplicada e a resposta do animal à mesma (Merck, 2013).

Apesar de alguns parâmetros fisiológicos, como frequência cardíaca e respiratória, dilatação pupilar, pressão arterial e níveis plasmáticos de cortisol e de catecolaminas, terem sido associados a dor aguda em cães e gatos, estes podem ser igualmente influenciados por ansiedade, *stress*, medo e fármacos, sendo a avaliação da dor essencialmente subjetiva e baseada no comportamento animal (Hansen, Hardie & Carrol, 1997; Cambridge, Tobias, Newbery & Sarkar, 2000; Brondani, Luna & Padovani, 2011; Mathews *et al.*, 2014; Epstein *et al.*, 2015). Alguns dos comportamentos frequentemente exibidos por animais com dor incluem ansiedade, depressão, inapetência, relutância em movimentar-se, claudicação ou rigidez na marcha, posturas anormais, vocalização (p. ex. gemido ou choro), lambe ou morder a zona dolorosa, isolamento e agressão (Mathews *et al.*, 2014). Embora não haja um método *gold-standard* para avaliação da dor em cães e gatos, é recomendado o uso de escalas multidimensionais, isto é, avaliações quantitativas de dor clínica que fornecem pontuações conforme não só a intensidade (escalas unidimensionais) como também as qualidades sensoriais e afetivas da dor (Holton, Reid, Scott, Pawson & Nolan, 2001), para cada tipo, aguda ou crônica (mais de 3 meses) e para cada espécie (canina e felina) (Mathews *et al.*, 2014). Estas baseiam-se, geralmente, na observação do comportamento sem interação (no canil ou gatil), da mobilidade e da resposta à manipulação e à administração de analgésicos (Reisman, 2013).

Para pacientes felinos, existe a escala multidimensional UNESP-Botucatu desenvolvida para avaliação de dor pós-operatória em gatos, mas que constitui uma ferramenta validada e útil em clínica para medição da dor aguda nesta espécie (Brondani, Luna, Minto, Santos, Beier, Matsubara & Padovani, 2012; Brondani, Mama, Luna, Wright, Niyom, Ambrosio & Padovani, 2013; Mathews *et al.*, 2014; Epstein *et al.*, 2015). Recentemente, foi também validada a Escala Composta de Glasgow para dor aguda em gatos (Glasgow Feline Composite Measure Pain Scale: CMPS-Feline), baseada no seu comportamento e expressão facial (Reid, Scott, Calvo & Nolan, 2017).

No caso dos cães existem diversas escalas de avaliação de dor aguda (Mathews *et al.*, 2014). Um dos exemplos mais utilizados na prática clínica é a Escala Composta de Glasgow para avaliação de dor pós-cirúrgica em ambiente hospitalar (Glasgow Canine Composite Measure Pain Scale: CMPS-Canine), que consiste numa escala multidimensional validada, baseada no comportamento e que assume a forma de questionário (Holton *et al.*, 2001; Reid *et al.*, 2007).

No que diz respeito à dor crônica, não existe atualmente uma escala validada para avaliação em gatos, sendo sugerido pelo *Global Pain Council da World Small Animal Veterinary Association* (WSAVA) que sejam avaliados, pontuados de alguma forma (usando uma escala numérica ou descritiva, por exemplo) e, posteriormente, reavaliados os seguintes parâmetros: mobilidade geral (p. ex. facilidade ou fluidez de movimento); atividades praticadas (p. ex. brincar, caçar, saltar, usar o caixote); ingestão de água e alimento;

grooming; comportamento de repouso/observar/relaxar (quão bem o gato disfruta destas atividades); interação social com pessoas e outros animais de companhia; e temperamento (Mathews *et al.*, 2014). Por outro lado, existem bastantes escalas de avaliação de dor crónica em cão, que assumem a forma de questionários direcionados aos detentores dos animais e se focam principalmente na dor crónica associada a problemas ósseos e articulares (Mathews *et al.*, 2014).

4.3. Exames complementares de diagnóstico

Em qualquer caso de maus-tratos, para além dos exames complementares que o Médico Veterinário julgar necessários, um conjunto padrão de testes laboratoriais, designadamente hemograma, bioquímica sanguínea, urianálise e análise coprológica, e um estudo radiográfico completo (todo o corpo em vista dorsoventral/ventrodorsal e latero-lateral) podem acrescentar informações valiosas sobre o estado de saúde do animal (Merck, 2013; Reisman, 2013). O último é extremamente importante nos casos de suspeita de abuso físico e deve ser realizado independentemente dos achados do exame físico (Merck, 2013). As amostras de sangue, urina e fezes devem ser colhidas antes de se iniciar qualquer terapêutica e preservadas em refrigeração até o Médico Veterinário decidir quais os testes que pretende realizar (Merck, 2013). Todos os exames complementares e respetivos relatórios fazem parte da documentação do caso, devendo ser anexados aos restantes registos médicos e preservados como prova (Reisman, 2013).

Concluído o exame físico e os exames complementares, o Médico Veterinário estabelece a terapêutica adequada (Destreza, 2012). A estadia no Abrigo impõe algumas limitações no plano de tratamento escolhido, por exemplo, na escolha de um antibiótico com uma frequência de administração de 24 horas (SID) em detrimento de um que seja necessário administrar de 12 em 12 horas (BID) (Kirk, 2012).

5. Terceira fase: estadia no abrigo

A estadia de qualquer animal num Abrigo deve reger-se pela aplicação dos conceitos da Medicina de Abrigo (Newbury *et al.*, 2010). Esta tem por objetivo assegurar o bem-estar animal durante a permanência naquele local através de planos que conjugam a saúde individual e da população, e viabilizar a sua adoção, em detrimento da eutanásia. (Dean & Stavisky, 2015; Hurley, 2015; Griffin *et al.*, 2016). Isto traduz-se em garantir, simultaneamente, cuidados médico-veterinários (cuidados individuais e medicina das populações), hospedagem (alojamento e cuidados diários como nutrição, higiene, *grooming*, entre outros) e saúde comportamental adequados (Kirk, 2012; Lopez, 2012; Windham, 2012b).

No caso de animais implicados em processos judiciais correntes, por serem ainda considerados prova, acresce a necessidade de documentar pormenorizadamente a sua evolução e todos os procedimentos que afetam a sua saúde (recolha contínua de provas) e

criar registos que permitam rastrear o animal desde que ele entrou no abrigo até à sua disposição atual (cadeia de custódia) (Destreza, 2012). De forma geral, são necessários (1) os registos médicos – exame clínico de admissão/forense, alta médica, exames complementares e respetivos relatórios, fichas de tratamento, fichas de reavaliação, fichas de consulta de referência; (2) os formulários de monitorização diária; (3) o inventário diário; e (4) o relatório de necrópsia.

Embora os abrigos de destino dos animais se possam dividir entre Abrigos pré-existentes, com população residente, e abrigos erguidos propositadamente para albergar os apreendidos durante uma determinada investigação por maus-tratos (Abrigos temporários), normalmente de larga-escala (Kirk, 2012; Melius, 2014), as regras para o alojamento daqueles envolvidos em casos de maus-tratos são as mesmas, apenas com as devidas adaptações (Kirk, 2012; Windham, 2012a). Ambos requerem pessoal médico (incluindo Médico Veterinário de Abrigo, outros Médicos Veterinários, enfermeiros e auxiliares veterinários), funcionários responsáveis pelas operações de alimentação, higiene e outras, especialistas em reabilitação comportamental e enriquecimento ambiental e, não raras vezes, voluntários (Kirk, 2012). Por isso, é importante que o Abrigo estabeleça antecipadamente, para um animal envolvido numa investigação criminal, os protocolos de atuação (higiene dos canis/gatis, procedimentos na área de isolamento, manipulação e circulação dos animais, entre outros) e defina claramente as responsabilidades inerentes a uma determinada função dentro do Abrigo (Médico Veterinário, funcionário, especialista em comportamento animal, voluntário e outros) para que todos estejam em sintonia e a trabalhar para a melhor resolução possível do caso (Melius, 2014).

5.1. Admissão

A área de admissão deve corresponder a uma zona utilizada especificamente para este efeito, para todos os animais que dão entrada no Abrigo (DiGangi, 2017).

5.1.1. Critérios de admissão

Um determinado animal é admitido no Abrigo caso este tenha capacidade de lhe proporcionar todos os cuidados médicos e não médicos que necessita: terapêutica médica (tipo de administração, monitorização, frequência); cuidados diários específicos para geriátricos, fêmeas lactantes com crias e órfãos com idade inferior a 6-8 semanas; instalações diferenciadas para fêmeas com crias e animais muito jovens, agressivos e em isolamento (Dinnage, 2013; Miller & Janeczko, 2013; Schlaffer & Bonacci, 2013). Geralmente, os gravemente feridos ou que sofram de doença grave e os com menos de 6-8 semanas devem permanecer num CAMV e em famílias de acolhimento, respetivamente (Griffin, 2013; Miller & Janeczko, 2013).

5.1.2. Controlo dos agentes infecciosos e parasitários

Os Abrigos são locais onde existe um risco acrescido de exposição e transmissão de doenças infecciosas e perpetuação de parasitismo devido a densidades populacionais elevadas e à existência simultânea de animais com diferentes idades, níveis de *stress*, estados de saúde, estados imunitários e historial de vacinação e desparasitação predominantemente desconhecido (Newbury *et al.*, 2010; Spindel, 2013). O controlo dos agentes infecciosos e parasitários tem de ser realizado de forma holística, isto é, criando programas de bem-estar físico e psicológico que incluam (Spindel, 2013):

1. Minimização da suscetibilidade dos hospedeiros por meio de dietas estáveis e nutricionalmente adequadas, controlo da dor, terapêuticas estritamente necessárias e dirigidas ao agente (tratamentos desnecessários podem, por vezes, aumentar a vulnerabilidade a outras doenças), densidade populacional dentro dos limites da capacidade do Abrigo em fornecer cuidados, enriquecimento ambiental, um sistema de reconhecimento precoce dos indivíduos com uma maior suscetibilidade inalterável (imunocomprometidos, feridos com gravidade, gestantes, pediátricos), entre outros;
2. Otimização da capacidade de resistir a doenças, alcançada por via de vacinação e desparasitação (interna e externa);
3. Diminuição da exposição a agentes patogénicos, ou seja, quebra do ciclo de transmissão entre hospedeiro e agente, ambos normalmente difíceis de controlar em ambiente de abrigo, através do desenho apropriado das instalações (sistema de abastecimento de água, saneamento, aquecimento, ventilação, padrões de circulação humana e animal de acordo com a perspetiva do controlo das doenças infecciosas, possibilidade de segregação por espécie, idade e estado de saúde quer físico quer psicológico), de medidas administrativas (exame clínico de admissão documentado, protocolos de higienização das mãos, de limpeza e desinfeção das instalações e utensílios, de monitorização e remoção de animais doentes, de gestão de animais e pessoas no dia-a-dia e em caso de surto, e de gestão de animais com infeções zoonóticas, que assegurem que as ações são realizadas do animal com maior suscetibilidade/menor infeciosidade para o de menor suscetibilidade/maior infeciosidade) e de utilização de equipamento de proteção individual (EPI) (luvas e vestuário descartáveis, calçado impermeável, entre outros).

A transmissão indireta de doenças infecciosas através de veículos contaminados, denominados fomites, como por exemplo brinquedos, roupas, mãos, toalhas, água, alimentos, esfregonas, superfície das jaulas, entre outros, constitui, provavelmente, a via mais importante na propagação de doenças dentro do Abrigo, uma vez que a maioria dos agentes infecciosos relevantes em ambiente de abrigo, se não todos, podem ser transmitidos por aquela via. São exemplos os agentes responsáveis pelo complexo respiratório felino,

traqueobronquite infecciosa canina, dermatofitose, parvovirose e panleucopénia (Scarlett, 2013).

No que diz respeito ao processo de admissão, é essencial que todos os animais sejam (1) alvo de um exame clínico individual documentado (nesta altura já efetuado), (2) rastreados para doenças comuns no Abrigo/região, de elevada infecciosidade, potencialmente fatais ou zoonóticas, (3) vacinados segundo um plano de vacinação adaptado às necessidades da sua população e (4) desparasitados interna e externamente contra parasitas presentes habitualmente na região onde o Abrigo está inserido e qualquer parasita detetado durante o exame clínico (Newbury *et al.*, 2010; Hurley & Pesavento, 2013; Day *et al.*, 2016).

Nos casos de larga-escala, o rastreio, a vacinação e a desparasitação profilática são geralmente realizadas logo após o exame clínico forense (Levy, 2013). Estas operações são sempre registadas na ficha clínica individual do animal e servem como ponto de referência para futuras vacinações de reforço e desparasitações de rotina (Kirk, 2012).

5.1.2.1. Rastreio de doenças infecciosas e parasitárias

A dermatofitose, por ser de fácil propagação, deve ser rastreada em cães e gatos no momento de admissão através de inspeção minuciosa do pelo em busca de lesões suspeitas e, se possível, de exame visual com lâmpada de Wood (Hurley & Pesavento, 2013; UC Davis KSMP, 2015b). Uma vez que a infeção é mais comum nos gatos, vários autores sugerem, para além das ações já descritas, a cultura micológica como método de rastreio e a quarentena até receção dos resultados (entre 14 e 21 dias) (UC Davis KSMP, 2015b; Newbury & Moriello, n.d.). Quando não for possível, devido a restrições financeiras, a cultura micológica deve incidir em todos os gatos de pelo comprido, nos com lesões dermatológicas de qualquer tipo, nos positivos ao exame com lâmpada de Wood, bebés e todos os envolvidos em casos de acumulação/negligência e abuso (Newbury & Moriello, n.d.). Se for necessário, por motivos práticos, fazer um diagnóstico presuntivo sem realizar uma cultura de fungos, devem ser considerados em conjunto a história do animal, os sinais clínicos e os resultados do exame da lâmpada de Wood (UC Davis KSMP, 2015b).

As infeções por FIV e FeLV devem ser rastreadas durante a admissão quando o período de quarentena no Abrigo implica o contacto com outros gatos (Möstl *et al.*, 2013) ou mais tarde, se alojado individualmente, quando o animal é adotado ou apontado como candidato a alojamento em grupo, família de acolhimento ou qualquer outra situação que implique contacto direto com outros (Hurley & Pesavento, 2013). Como primeira abordagem, utilizam-se testes rápidos de imunocromatografia que detetam anticorpos anti-FIV e o antígeno p27 do FeLV (Kirk, 2012; Gingrich & Lappin, 2013). O destino dos animais positivos a FIV e/ou FeLV fica à consideração de cada Abrigo: eutanásia, alojamento individual, alojamento em grupo com animais do mesmo estatuto (FIV ou FeLV positivos saudáveis) ou família de acolhimento fora do Abrigo (Hurley & Pesavento, 2013). No entanto, o *European Advisory*

Board on Cat Diseases (EABCD) não recomenda a eutanásia de gatos infectados por FIV ou FeLV assintomáticos, exceto quando não é possível separá-los do resto da população, e sugere que sejam adotados o mais cedo possível para habitações onde sejam o único gato e não tenham acesso ao exterior (Möstl *et al.*, 2013). O EABCD não recomenda ainda a testagem de outros agentes infecciosos, incluindo coronavírus felino (FCoV), calicivírus felino (FCV), herpesvírus felino tipo 1 (FHV-1), vírus da panleucopénia felina (FPV) e nemátodes pulmonares, a menos que existam sinais clínicos específicos, e aconselha a desparasitação interna de todos os gatos em detrimento do rastreio de parasitas intestinais (Möstl *et al.*, 2013).

A dirofilariose é uma doença endémica em Portugal e está presente tanto em cães (Duarte *et al.*, 2009; Alho *et al.*, 2014) como em gatos (Rosa, 2009). Uma vez que é transmitida por um vetor invertebrado (mosquito culicídeo), a sua transmissão em ambiente de abrigo é improvável, pelo que o rastreio através de testes rápidos deve concentrar-se nos animais sintomáticos ou provenientes de zonas conhecidas como tendo elevada incidência de dirofilariose (Hurley & Pesavento, 2013). Também a leishmaniose canina representa uma doença endémica em Portugal (Cardoso, Schallig, Neto, Kroon & Rodrigues, 2004; Cortes, Afonso, Alves-Pires & Campino, 2007; Maia, Nunes, & Campino, 2008; Maia, Dionísio, Afonso, Neto, Cristóvão & Campino, 2013). Por ser transmitida por um vetor invertebrado (mosquito flebótomo), poderá aplicar-se a mesma regra de testar apenas animais sintomáticos ou provenientes de zonas conhecidas como tendo elevada incidência de leishmaniose. O rastreio de ambas as doenças é importante para identificar o estado de saúde e o prognóstico, e não tanto para prevenir o risco de transmissão (Hurley & Pesavento, 2013).

O rastreio de doenças agudas deve focar-se em animais sintomáticos ou provenientes de zonas de alto risco. Por isso, o rastreio de infeções por parvovírus através de teste rápido só deve ser realizado em cachorros com sinais clínicos sugestivos (vómitos e diarreia sanguinolenta) ou cachorros assintomáticos cujos coabitantes apresentem já esses mesmos sinais (Miller & Janeczko, 2013; Hurley & Pesavento, 2013).

5.1.2.2. Protocolo de vacinação em ambiente de abrigo

Apesar de serem possíveis algumas variações associadas a prevalência de doença na região, características da população, recursos e objetivos do Abrigo, o protocolo de vacinação é, essencialmente, o mesmo para todos os animais alojados em Abrigo (UC Davis KSMP, 2015c). É altamente recomendada a vacinação de todos os animais à entrada no Abrigo (independentemente da sua taxa de eutanásia), pois esta permitirá alcançar, para além da proteção individual, uma alta imunidade de rebanho o mais rapidamente possível (Scarlett, 2013).

Os cães devem ser vacinados no momento da admissão contra o vírus da esgana canina (CDV), o adenovírus canino tipo 2 (CAV-2) (que confere imunidade cruzada para o adenovírus canino tipo 1 [CAV-1] responsável pela hepatite infecciosa canina), o parvovírus canino (CPV), o vírus da parainfluenza canina (CPiV) e a bactéria *Bordetella bronchiseptica* (Bb), sendo os 3 (ou 4) primeiros antígenos normalmente agrupados numa única vacina viva atenuada polivalente (DAP – sem parainfluenza – ou DAPPi), administrada por via SC, e os 2 últimos antígenos agrupados numa única vacina viva modificada (CPiV+Bb), administrada por via intranasal (IN) (Welborn *et al.*, 2011; Gingrich & Lappin, 2013; Day *et al.*, 2016). A primovacinação dos cachorros com DAP(Pi) deve começar às 4-6 semanas de idade e o reforço dado a cada 2-4 semanas até às 18-20 semanas de idade, consoante o risco de infeção é elevado (início às 4 semanas e revacinação a cada 2 semanas) ou mais baixo. Os adultos devem ser vacinados uma vez e, se os recursos permitirem, revacinados 2-4 semanas depois, especialmente os cães com saúde mais debilitada na altura da primeira administração. A vacina CPiV +Bb IN deve ser administrada uma vez a todos os cachorros e adultos, sem necessidade de reforço (exceto cachorros vacinados antes das 6 semanas de idade). A administração correta destas duas vacinas (essenciais) previne e/ou atenua os sinais clínicos da parvovirose, esgana, hepatite infecciosa e traqueobronquite infecciosa caninas (Welborn *et al.*, 2011; Miller & Janeczko, 2013; UC Davis KSMP, 2015c; Day *et al.*, 2016).

Os gatos devem ser vacinados na admissão contra o FHV-1, FCV e FPV, normalmente agrupados numa única vacina viva atenuada polivalente (RCP) administrada por via SC. O esquema de primovacinação de gatos jovens e adultos é idêntico ao descrito para a DAP(Pi). A administração correta desta vacina (essencial) previne e/ou atenua os sinais clínicos da panleucopénia e complexo respiratório felinos (Griffin, 2013; Möstl *et al.*, 2013; Scherk *et al.*, 2013; UC Davis KSMP, 2015c; Day *et al.*, 2016).

Em Portugal, a vacinação antirrábica é de carácter obrigatório para todos os cães com mais de três meses de idade e de carácter voluntário para gatos (Portaria n.º 264/2013 de 16 de agosto, Anexo, Capítulo I, Artigo 2º). As recomendações gerais são para que os animais recebam a vacina antirrábica quando abandonam, definitivamente, o Abrigo. No entanto, quando são previstas estadias longas ou em Abrigos onde se prevê a adoção de todos os animais, a vacina antirrábica pode ser administrada no momento da admissão em conjunto com as outras vacinas essenciais (Newbury *et al.*, 2010).

As restantes vacinas não estão recomendadas para ambiente de abrigo, podendo essa recomendação ser revista de acordo com a situação específica de cada Abrigo (Gingrich & Lappin, 2013).

A vacinação deve abranger mesmo animais com febre, doença ou lesão ligeiras, fêmeas em gestação e lactantes e animais suspeitos de prévia exposição a agentes infecciosos, pois o risco relacionado com problemas na vacinação não é significativo em comparação com o

representado por uma infecção num animal não vacinado (Larson, Newbury & Schultz, 2009; Welborn, *et al.*, 2011; Scherk *et al.*, 2013). Os animais que apresentem sinais de lesão ou doença que contraindiquem a vacinação devem ser isolados e/ou hospitalizados para receberem tratamento apropriado (Miller & Janeczko, 2013).

5.1.2.3. Protocolo de desparasitação em ambiente de abrigo

A desparasitação interna e externa deve ser realizada no momento da admissão e profilaticamente a intervalos regulares durante a estadia no Abrigo com um produto de largo-espectro eficaz contra *Dirofilaria immitis*, parasitas intestinais, pulgas e carraças (Companion Animal Parasite Council [CAPC], 2011). A desparasitação de cães e gatos com anti-helmínticos deve começar às duas semanas de idade e repetida quinzenalmente até aos dois meses de idade, mensalmente até aos seis meses e trimestralmente daí em diante (CAPC, 2011).

5.1.3. Sinalização e cadeia de custódia

Qualquer animal admitido deve manter a identificação atribuída durante o inventário (coleira/etiqueta com código de identificação legal) e a sinalização visível através de fita ou etiqueta no canil/gatil de cor correspondente ao seu estado (necessidade de atenção médica; fêmea gestante ou a amamentar; agressivo; mordedura ou quarentena), sendo que qualquer mudança, como por exemplo o código de cor, deve ficar registada (Figura 5) (Melius, 2014).

Figura 5. Jaulas sinalizadas com etiqueta amarela. Neste caso, a cor amarela foi atribuída aos animais em regime de isolamento (apreensão de larga-escala) (Melius, 2014)



(Gentilmente cedido por Ehren Melius, ASPCA)

É essencial registar na sua ficha clínica qual o canil/gatil que foi atribuído ao animal e onde este ficará alojado (registo é atualizado sempre que necessário), assim como criar um inventário de todos os animais e respetivas localizações no Abrigo, evitando assim possíveis trocas que interfiram com a manutenção da cadeia de custódia (Melius, 2014).

5.2. Alojamento e cuidados diários

5.2.1. Disposição dos animais no Abrigo

Os canis/gatis e a sua disposição dentro do Abrigo têm um impacto profundo nos níveis de *stress* dos animais e, por isso, na sua saúde (Kirk, 2012). Os apreendidos numa intervenção e admitidos em abrigos pré-existentes devem ser alojados, idealmente, numa área separada da dos já residentes de forma a prevenir a transmissão de doenças infecciosas dos recém-chegados para a população do Abrigo (Kirk, 2012; Melius, 2014). A estes animais recém-chegados deve corresponder uma equipa médica e de cuidados diários (funcionários do Abrigo, voluntários ou outros) diferente daquela encarregue da população residente, assim como uma área de mantimentos distinta (Kirk, 2012). Devem ainda ser dispostos por espécie, idade, género, temperamento e estado de saúde em alojamentos individuais (exceto fêmeas com crias, crias órfãs e animais com menos de 5 meses), seguros, duráveis, facilmente higienizáveis, que permitam arejamento e temperaturas adequadas e com dimensões que permitam posturas e movimentos naturais (sentar, esticar-se, comer, beber, eliminar ou mover-se numa posição confortável) e a separação das áreas de alimentação, eliminação e repouso (Newbury *et al.*, 2010; Miller & Janeczko, 2013). O animal deve poder ver para fora do seu alojamento com opção de evitar contacto visual com outros animais, sendo simultaneamente visível e facilmente manipulável pelos funcionários, enfermeiros ou Médicos Veterinários (Miller & Janeczko, 2013; Griffin, 2013). No caso dos abrigos temporários, a disposição dos canis/gatis deve respeitar o estado de saúde e o risco de transmissão de doenças infecciosas, isto é, deve existir, para além da zona de população geral, pelo menos duas zonas de isolamento (uma para infeções do aparelho respiratório e outra para infeções gastrointestinais), uma zona médica para exames e tratamentos, e uma maternidade/enfermaria, perto da zona médica (Melius, 2014). Em alternativa, a disposição poderá imitar a distribuição encontrada no local do crime, ou seja, os animais da mesma divisão da casa/área e que, provavelmente, são portadores dos mesmos agentes infecciosos e parasitários são alojados na mesma ala (Lopez, 2012).

As dimensões de cada canil/gatil devem ser suficientes para satisfazer os parâmetros físicos e comportamentais descritos acima, tendo em conta que são necessárias maiores áreas e maior enriquecimento ambiental à medida que o tempo de permanência no Abrigo aumenta (Newbury *et al.*, 2010; Miller & Janeczko, 2013; Griffin, 2013). Num caso de maus-tratos, os animais poderão ter de permanecer no Abrigo durante meses enquanto o caso se desenrola em tribunal (Kirk, 2012). A colocação de animais à corrente e a utilização de caixas/jaulas destinadas somente ao transporte como alojamento permanente constituem métodos inaceitáveis (Newbury *et al.*, 2010).

5.2.1.1. Quarentena

A quarentena deve ser realizada para todos os animais que entram no Abrigo (Kirk, 2012). A zona para tal tem de estar o mais distante possível das áreas de isolamento (Möstl *et al.*, 2013). Uma vez que o tempo de incubação da maioria das doenças infecciosas importantes em ambiente de abrigo é cerca de 7-10 dias, o de quarentena deve ser no mínimo 10 dias (Melius, 2014) e idealmente duas semanas (Kirk, 2012). Já Möstl *et al.* (2013) recomendam, nas suas diretrizes para Abrigos de gatos, uma quarentena mínima de 3 semanas, tendo em conta o tempo de incubação de infeções por FPV e FCV ou de reativação de infeções latentes por FHV-1 e o início da imunidade pós-vacinação. Por outro lado, no caso dos Abrigos inseridos em zona de risco de infeção pelo FIV e FeLV e que rastreiam por rotina estes mesmos vírus, a quarentena deve ser no mínimo 6 semanas, pois o período de seroconversão para FIV e o intervalo de tempo até ser positivo a antígeno FeLV pode ser longo (Möstl *et al.*, 2013). Uma vez que, nos gatos até aos 6 meses de idade, pode haver um resultado falso-positivo a FIV devido à presença de anticorpos maternos (Levy, Richards, Edwards, Elston, Hartmann, Rodan *et al.*, 2003), estes animais devem ser mantidos em quarentena e testados novamente depois dos 6 meses de vida (Möstl *et al.*, 2013).

Durante este período, é restringido o contacto entre animais, controlado o movimento de animais e de pessoas dentro das instalações e obrigatórios o uso de EPI e a limpeza e desinfecção entre canis/gatis e entre áreas do Abrigo (Kirk, 2012; Melius, 2014). Se surgirem sinais de doença durante esse período (p. ex. Complexo Respiratório felino ou Parvovirose canina), a quarentena pode estender-se durante mais tempo e os animais sintomáticos são transferidos para as zonas de isolamento (Kirk, 2012).

5.2.1.2. Isolamento

As áreas de isolamento são reservadas a animais com sinais de doença infecciosa (traqueobronquite infecciosa canina, panleucopénia felina, dermatofitose, entre outras), assim como aos animais que necessitam de cuidados intensivos (Kirk, 2012). As zonas de isolamento devem ser distintas para cada espécie e para cada tipo de problema (p. ex. infeção respiratória, infeção gastrointestinal e estado crítico). As regras a respeitar são as mesmas da quarentena (Figura 6) (Kirk, 2012).

Figura 6. Área de isolamento de um abrigo improvisado para uma operação de resgate de larga-escala com barreira física, identificação e aviso de necessidade de EPI (Kirk, 2012)



(Gentilmente cedido por Sarah Kirk, ASPCA)

5.2.2. Cuidados diários

Os cuidados diários incluem, em qualquer Abrigo, a monitorização diária dos animais, a limpeza dos canis/gatis, a distribuição de água e alimento, a terapêutica médica necessária, a prestação de cuidados de *grooming* e o enriquecimento ambiental (Melius, 2014). No contexto de investigações por maus-tratos, os cuidados diários incluem ainda uma verificação de segurança (das instalações e dos animais) e um inventário quer no início do dia, antes de qualquer operação, quer no fim, quando o pessoal deixa as instalações (Melius, 2014; Destreza, 2012). O inventário permite assegurar que a localização das provas (animais) é conhecida a qualquer momento e passível de ser rastreada (Destreza, 2012).

A monitorização diária constitui um esforço sistemático de identificar ativamente alterações na população (Scarlett, 2013) e deve ser realizada, pelo menos, uma e idealmente duas vezes por dia por indivíduos com formação nesta área capazes de corretamente observar e avaliar visualmente a saúde e bem-estar de cada animal através do controlo do consumo de água e alimento, micção, defecação, atitude, comportamento, capacidade de movimento e sinais de doença ou qualquer outro problema, como por exemplo a presença de diarreias, vômitos, espirros, tosse ou corrimentos oculares (Newbury *et al.*, 2010; Melius, 2014).

Para além de sinalização clara em cada alojamento individual da identificação e tipo de animal (p. ex. agressivo e/ou em quarentena), o estatuto legal dos animais exige a documentação escrita da monitorização diária em formulários individuais (Figura 7) (Destreza, 2012; Melius, 2014).

Figura 7. Documentação individual (identificação, tipo de animal e formulários de monitorização) visível e acessível na grade do respetivo canil (Melius, 2014)



(Gentilmente cedido por Ehren Melius, ASPCA)

O preenchimento destes formulários permite, por um lado, acompanhar as alterações diárias inerentes a provas vivas (Destreza, 2012) e, por outro, detetar precocemente problemas médicos e comportamentais (UC Davis KSMP, 2015d). Uma vez detetado o problema, as medidas a tomar por parte do observador (p. ex. informar o Médico Veterinário) e as medidas a tomar em relação ao animal (p. ex. transferir para zona de isolamento) devem estar previamente protocolizadas e requerem, obrigatoriamente, a formação de todos os envolvidos e a sua responsabilidade (Scarlett, 2013). As alterações no estado de saúde e, conseqüentemente, no plano terapêutico devem ser comunicadas atempadamente a todo o pessoal que contacta com os animais (Dinnage, 2013).

5.3. Comportamento animal

A saúde mental dos animais é tão importante quanto a saúde física, por isso, é importante a existência de uma equipa dedicada à avaliação sistemática e regular do comportamento animal e que garanta oportunidades de sociabilização com pessoas e animais da mesma espécie, modificação do comportamento personalizada, enriquecimento ambiental e exercício físico fora do alojamento (Melius, 2014).

5.3.1. Avaliação comportamental e psicológica

A avaliação comportamental e psicológica é finalizada, principalmente em casos de larga-escala, depois de os animais estarem instalados no Abrigo (Reid, 2013). Esta pode ser feita pelo Médico Veterinário que conduziu o exame físico ou por um perito em comportamento animal, e as conclusões acrescentadas ao relatório médico pericial (Reid, 2013).

O objetivo é reunir informações sobre a resposta do animal a um conjunto vasto de experiências que poderão suportar ou não a possibilidade de trauma psicológico ou

estabelecer um padrão comportamental que coincide com o de animais na mesma situação (p. ex. cães de luta) (Reid, 2013). Além disso, são uma ferramenta que permite ao pessoal do Abrigo saber quais os cuidados a ter na manipulação e determinar a sua disposição final (adoção, santuário ou eutanásia) (Reid, 2013). O objetivo último é a colocação do maior número possível de animais para adoção, sendo a precocidade desta avaliação importante na abordagem atempada dos seus problemas por via de modificação de comportamento e de enriquecimento ambiental (Kirk, 2012).

5.3.1.1. Cães

Apesar de ser uma das razões que impossibilitam a adoção, os comportamentos tidos como inaceitáveis não podem, geralmente, ser compreendidos como consequência direta dos maus-tratos (podem constituir eles próprios a causa e não apenas a consequência dos maus-tratos) (Reisman, 2013). No entanto, vários estudos têm apontado, em cães vítimas de maus-tratos, maior frequência de medo (olhar baixo, cauda entre pernas, eliminação descontrolada, vocalização) e agressividade direcionados a pessoas estranhas e outros cães, comportamentos de dependência e procura de atenção, níveis de excitabilidade e hiperatividade aumentados ou apatia, depressão e timidez, comportamentos compulsivos (p. ex. ladrar persistente, andar em círculos quando excitado) e medo de novos ambientes/objetos/situações (Munro & Thrusfield 2001; Merck, 2013; Reid, 2013; McMillan, Duffy, Zawistowski & Serpell, 2015).

Segundo Reid (2013), os cães tendem a apresentar um padrão de comportamento estreitamente relacionado com a sua origem: (1) pouco ou nada sociabilizados e medrosos no caso de animais provenientes de fábricas de cachorros e acumuladores; e (2) agressivos para com outros cães, machos ou fêmeas, mas não para o ser humano, no caso dos cães de luta. É para distinguir os demasiado agressivos ou medrosos para serem candidatos adequados a adoção pelo público dos que podem ser ou vir a tornar-se animais de companhia adequados que se conduzem, na maior parte das investigações por suspeita de maus-tratos, estas avaliações (Reid, 2013).

Para uma avaliação completa do perfil comportamental de um cão concorrem informações acerca da história, observações feitas por funcionários, voluntários, equipa de comportamento e Médicos Veterinários do Abrigo nos momentos de interação com o animal, e testes comportamentais sistemáticos previamente protocolizados realizados por pessoas experientes e credenciadas (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013).

Não existe um teste considerado *gold standard* e nenhum prevê totalmente o comportamento do animal no futuro (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013). São exemplos o *Assess-a-Pet*TM (Sternberg, 2002), o *Match-Up II* (Animal Rescue League of Boston, 2011) ou o *SAFER*[®] (ASPCA, 2008) com alguns testes adicionais (Reid, 2013). Os vários testes disponíveis baseiam-se, invariavelmente, na avaliação da resposta a um conjunto

sistemático e repetível de experiências a que os cães de companhia são normalmente expostos no dia-a-dia: a interação com pessoas (presença, olhar, toque) e outros cães, a reação a um novo ambiente (curioso, desinteressado, entre outros), a inclinação para brincar, o comportamento de guarda de recursos (alimento e brinquedos), a resposta à repreensão, o comportamento à trela e a reação à presença de uma criança utilizando um manequim à escala (método controverso devido a diferenças na resposta manequim *versus* criança) (Weiss, 2012; Reid, 2013). A agressividade é um dos componentes mais importantes a avaliar durante este processo, pois representa uma característica que tem de ser necessariamente abordada e alvo de um protocolo de modificação comportamental (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013).

A realização dos testes deve ser sempre registada em filme não só porque constitui prova de um processo judicial (Merck, 2013), mas também porque o vídeo permite captar objetivamente comportamentos, que de outra forma não seriam constatados pelos avaliadores, e obter segundas opiniões de outros membros da equipa de comportamento ou Médicos Veterinários instruídos sobre o caso através da partilha do mesmo (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013). As conclusões de cada teste e da avaliação geral do comportamento devem ser documentadas por escrito e anexadas ao processo individual de cada animal (Reid, 2013).

5.3.1.2. Gatos

No caso dos gatos, a avaliação é dificultada pela resposta típica desta espécie a novos estímulos (pessoas, local, ambiente) que são incontornáveis durante as operações de remoção, exame clínico e realocação, como por exemplo o enclausuramento em jaulas/armadilhas e a manipulação (Griffin, 2013). Os novos estímulos provocam grandes níveis de *stress* que se podem traduzir por respostas de medo e fuga (quando existe essa possibilidade) ou agressão (Griffin, 2013).

Os gatos que foram vítimas de maus-tratos devem ser avaliados primeiramente quanto à sua domesticação, ou seja, é necessário diferenciar os verdadeiramente assilvestrados/não sociabilizados, como acontece frequentemente com animais provenientes de casos de acumulação onde houve contacto reduzido com pessoas, dos de companhia temporariamente assustados (Reid, 2013). Essa diferenciação pode só ser possível depois de um período de habituação ao novo ambiente (entre 1 e 7 dias, ou mais) (Slater, Miller, Weiss, Makolinski & Weisbrot, 2010; Griffin, 2013), quando o animal temporariamente assustado, ao contrário do verdadeiramente não sociabilizado, deixa gradualmente de exibir sinais de *stress* como esconder-se, estar hipervigilante, anorexia, pupilas dilatadas, dormir dissimulado, piloereção, letargia/depressão, falta de *grooming*, vocalização, salivação, orelhas apontadas para trás, músculos tensos ou tentativas de fuga (Bollen, 2013). Por esta razão, a avaliação comportamental deve ser contínua no tempo, incluindo no período de

permanência no Abrigo, documentada e a designação comportamental atribuída inicialmente atualizada (Griffin, 2013; Reisman, 2013). Apesar de ainda não haver um protocolo aceite que permita distinguir entre os dois tipos de gato, um estudo conseguiu determinar que certos comportamentos são mais frequentes num tipo do que no outro: gatos na categoria “mais sociável” demonstram comportamentos diferentes e de espectro mais amplo ao longo do tempo e mediante interação com pessoas, como roçar, amassar, ficar na frente da jaula mais frequentemente e elevar a cauda depois do contacto com os avaliadores, enquanto os da categoria “menos sociável” se mantêm mais focados no que o avaliador faz, implicando um maior nível de alerta, menor pestanejar e maior contacto visual (Slater, Garrinson, Miller, Weiss, Makolinski & Drain, 2013).

Nos gatos percebidos como sociáveis, é possível ainda traçar um perfil mais aprofundado baseado nas respostas que apresentam a testes de interação social e de introdução a novos estímulos (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013). Vários estudos confirmam que características individuais como atividade, agressividade, medo, capacidade de sociabilizar e curiosidade podem ser observados e medidos com segurança (Lee, Zeglen, Ryan & Hines, 1983; Feaver, Mendl & Bateson, 1986; McCune, 1995; Durr & Smith, 1997; Kessler & Turner, 1997; Siegford, Walshaw, Brunner & Zonella, 2003). A ASPCA criou, baseada nestes estudos, uma avaliação comportamental felina², a *Feline-ality*TM, que classifica o gato numa de 9 categorias que é depois utilizada para corresponder o animal à família adotiva que mais se adequa ao seu perfil e necessidades (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013).

5.3.2. Enriquecimento ambiental

Enriquecimento ambiental significa proporcionar a um animal em cativeiro a capacidade de manter ou melhorar o seu estado físico, comportamental e psicológico através de modificações do meio onde ele vive (Newbery, 1995; Young, 2003). As modificações podem ser diversas, como por exemplo fornecer espaço físico adequado, áreas de refúgio, plataformas elevadas, camas confortáveis, arranhadores, interação social com humanos e conspecíficos, brinquedos, ocupação do tempo com procura de alimento (utilizando brinquedos recheados), treino com reforço positivo, estimulação sensorial (vídeo, música, odores), entre outras (Miller & Zawistowski, 2013).

5.3.2.1. Cães

De forma geral, os cães alojados individualmente mantêm um nível de bem-estar psicológico e comportamental adequados desde que seja assegurado o enriquecimento ambiental contínuo dentro do canil (com brinquedos, por exemplo), a interação social com pessoas, a supervisionada com outros cães (finda a quarentena) e a permanência diária e controlada fora do seu alojamento por um período de tempo adequado, dedicado a passeios, modificação do comportamento, aprendizagem ou prática de exercício em espaços vedados

² disponível em <http://aspcapro.org/feline-ality>

(preferencialmente no interior do Abrigo) (Figura 8) (Miller & Janeczko, 2013; Melius, 2014). O alojamento em grupo como forma de aumentar o enriquecimento ambiental e reduzir os níveis de *stress* pode ser ponderado, após a quarentena, para animais que pareçam beneficiar do contacto constante com semelhantes, principalmente cães que já partilhavam o mesmo meio antes de entrarem no Abrigo, desde que vacinados, desparasitados, esterilizados e avaliados quanto a compatibilidade comportamental (Lopez, 2012; Miller & Janeczko, 2013).

Figura 8. Momento do dia dedicado simultaneamente à prática de exercício, interação com pessoas e modificação de comportamento no exterior (depois da quarentena) mas em ambiente controlado (Melius, 2014)



(Gentilmente cedido por Ehren Melius, ASPCA)

Assegurar desde o primeiro dia de estadia que todos os cães têm um enriquecimento diário que permita diminuir os níveis de cortisol e, portanto, de *stress* (Coppola, Grandin & Enns, 2006; Lefebvre, Giffroy & Diederich, 2009; Bergamasco, Osella, Savarino, Larosa, Ozella, Manassero *et al.*, 2010), aumentar os níveis de atividade e as oportunidades de se envolverem em comportamentos apropriados (Schipper, Vinke, Schilder, & Spruijt, 2008) e, de forma geral, melhorar o bem-estar animal (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013).

5.3.2.2. Gatos

No caso dos gatos, para além das regras de alojamento mencionadas anteriormente, é importante a existência de superfícies de repouso macias e confortáveis, de esconderijo seguro para refúgio do animal e a elevação das jaulas/gatis pelo menos cerca de 50 centímetros do chão (Figura 9) (Griffin, 2013).

Figura 9. Exemplo de alojamento de curta duração para gato (Griffin, 2013)



(Gentilmente cedido por Brenda Griffin)

Nota: Jaula elevada com esconderijo, cama confortável, possibilidade de se empoleirar, separação entre áreas de eliminação, alimentação e repouso, e caixote de tamanho apropriado.

Para estadias mais longas, como acontece geralmente nos casos de suspeita de maus-tratos, é essencial fornecer brinquedos, arranhadores e a possibilidade de se empoleirar em patamares mais altos num gatil de maiores dimensões, assim como assegurar uma interação adequada com pessoas, que funciona, muitas vezes, como um método de modificação comportamental em gatos inicialmente não sociáveis (Figura 10) (Miller & Watts, 2015).

Figura 10. Exemplo de alojamento de longa duração para dois gatos (Griffin, 2013)



(Gentilmente cedido por Brenda Griffin)

Nota: Jaula com esconderijos, poleiros, camas confortáveis, arranhador e brinquedos.

Uma vez que, a maioria dos gatos, à exceção de alguns indivíduos com necessidades médicas especiais ou socialmente incompatíveis com outros gatos, beneficia do alojamento em grupo desde que testados quanto à compatibilidade comportamental e dadas as condições necessárias de espaço, conforto e supervisão, esta modalidade de alojamento pode ser ponderada depois do período de quarentena (Griffin, 2013; Kirk, 2012). No entanto, o EABCD recomenda o alojamento conjunto de, no máximo, três gatos por gatil, pois o risco de infeções cruzadas aumenta drasticamente a partir deste número (Möstl *et al*, 2013).

5.3.3. Modificação do comportamento

A avaliação comportamental permite criar protocolos de modificação de comportamento para os problemas identificados (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013). O provisionamento de enriquecimento ambiental diário é o primeiro passo para um programa de modificação de comportamento eficaz (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013).

A ASPCA Professional disponibiliza uma variedade de protocolos de modificação de comportamento³ direcionados aos diferentes problemas demonstrados por cães, por exemplo, a guarda de comida, a agressividade dentro do canil ou a reatividade a outros cães, e que podem ser implementados no Abrigo se existirem os recursos necessários, nomeadamente, pessoal (funcionários, voluntários ou outros) com competência para interpretar a linguagem corporal e interagir com cães (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013).

Quando existe a necessidade de modificar comportamentos potencialmente perigosos, o Abrigo deve colaborar com um especialista em comportamento animal sempre que possível (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013).

5.4. Cuidados médico-veterinários

Os cuidados médico-veterinários estão geralmente entregues a uma equipa médica composta por Médicos Veterinários, Enfermeiros Veterinários, Técnicos Auxiliares de Veterinária e outros funcionários do Abrigo elegidos para este âmbito (Kirk, 2012). Idealmente, todo o processo deve ser supervisionado por Médicos Veterinários com competências na área de Medicina de Abrigo por serem conhecedores da dinâmica das doenças infecciosas e das frequentes limitações de recursos humanos em ambiente de abrigo (Kirk, 2012). Nos casos em que o exame clínico forense é realizado no Abrigo, é importante a presença de um Médico Veterinário com competências na área de Medicina Forense (Kirk, 2012). A equipa médica é responsável pelos exames clínicos forenses, admissão e cuidados médico-veterinários necessários durante a estadia no Abrigo (p. ex. diagnóstico, plano de terapêutica, cirurgia, esterilização/castração e reavaliações), entre outros. (Figura 11) (Kirk, 2012; Rickey, 2012).

Figura 11. Protocolo de funções desempenhadas pela equipa médica (Adaptado de Windham, 2012b)



A manutenção de um registo médico individual escrito durante a estadia no Abrigo é extremamente importante e deve incluir informações acerca do animal, achados de exames físicos (inicial e de reavaliações), resultados de testes de diagnóstico, instruções de terapêutica, registo das administrações efetuadas, atualizações diárias e relatórios da evolução do animal, e outras recomendações de cuidados de acompanhamento (Dinnage, 2013).

5.4.1. Terapêutica

A terapêutica instituída no final do exame clínico forense é realizada pela equipa médica e registada numa ficha individual de terapêutica que acompanha o animal durante a sua estadia (Levy, 2013) visível na frente do canil/gatil (Delany, 2013) e que ajuda a avaliar o sucesso de um determinado tratamento, para além de ser vantajosa no diagnóstico e rastreio de surtos no Abrigo (Dinnage, 2013).

As funções de diagnóstico e prescrição de terapêutica são da exclusiva responsabilidade do Médico Veterinário, enquanto o provisionamento dos cuidados prescritos, incluindo a terapêutica médica, podem ser delegados a outros membros da equipa, à exceção de determinados atos, como a administração endovenosa, que têm de ser realizados estritamente por Médicos Veterinários (Delany, 2013).

Em ambiente de abrigo, a escolha do plano terapêutico está, normalmente, dependente da frequência e tipo de administração, duração e custo do tratamento, no entanto, em nenhum caso o plano terapêutico pode comprometer o bem-estar do animal (Dinnage, 2013). No caso particular de animais apreendidos numa investigação por suspeita de maus-tratos, todos os cuidados devem ser fornecidos sem limitações (Delany, 2013) para que a estadia no Abrigo não condicione a melhor recuperação possível do animal.

5.4.2. Plano de alimentação para animais emaciados

Os casos de maus-tratos envolvem, frequentemente, animais emaciados devido a um período mais ou menos longo de subnutrição, consequência de doença crónica não tratada ou restrição alimentar (Reisman, 2013). Uma vez reposto o suporte nutricional, a transição de um estado catabólico para um estado anabólico pode levar a alterações hidroeletrólíticas profundas, nomeadamente hipofosfatémia, hipocaliémia e hipomagnesiémia graves, que resultam, entre outros, em fraqueza muscular, insuficiência respiratória e cardíaca, coma e morte (Burns, 2013). Por esta razão, animais gravemente subnutridos devem ser alimentados inicialmente com uma dose diária de dieta comercial branda que suprima apenas as necessidades energéticas de repouso [$70 \times (\text{kg}^{0,75}) = \text{kcal/dia}$], dividida por pequenas porções ao longo do dia (Burns, 2013). A partir daí, o alimento deve ser doseado conforme a resposta do animal (avaliada por ionograma, sinais clínicos, peso e condição corporal). Em alguns casos, poderá ser necessária a suplementação com fósforo, potássio e magnésio (Burns, 2013). Já em casos menos graves, a dose diária de alimento pode ser calculada com base nas necessidades energéticas de manutenção, que englobam as necessidades energéticas de repouso acrescidas de outras relacionadas com idade, nível de atividade e estado fisiológico (p. ex. crescimento, gestação, lactação, esterilizado) (Reisman, 2013).

5.4.3. Exames clínicos de reavaliação

Os exames clínicos de reavaliação são geralmente exigidos nestes casos para documentar a evolução do animal (Destreza, 2012) e determinam alterações ou cessação da terapêutica (Windham, 2012b). O tipo de caso influencia o número e frequência das reavaliações, logo, o Médico Veterinário responsável pelo caso deve estipular onde, quando e quantas reavaliações irão acontecer (Newbery & Munro, 2011). Idealmente, e para manter consistência, é o Médico Veterinário que observou o animal inicialmente que irá realizar os exames de reavaliação (Merck, 2013). Adicionalmente, todas as informações recolhidas durante as monitorizações diárias e as avaliações comportamentais devem ser comunicadas ao Médico Veterinário, permitindo assim uma reavaliação holística (Newbery & Munro, 2011). Estes exames incluem o peso e condição corporal, o estado de recuperação da lesão e/ou doença e o período de tempo necessário para a recuperação (Merck, 2013; Reisman, 2013) e têm de ser documentados através do registo em fichas clínicas de reavaliação (Tabela 2) e fotografia/vídeo (Figura 12) (Destreza, 2012; Windham, 2012a).

Tabela 2. Exemplo de elementos a documentar no exame de reavaliação (Adaptado de Reisman, 2013)

Problemas exibidos no exame clínico forense	Elementos a documentar nas reavaliações (registo escrito e fotográfico)
Baixo ICC por fome (típico de casos de acumulação e fábricas de cachorros)	Peso e ICC quando alcançar o peso ideal ou, se possível, semanalmente
Contusões, abrasões, lacerações, fraturas, queimaduras; ferimentos provocados por coleiras cravadas no pescoço ou pelo emaranhado (típicos de casos de negligência), por armas brancas e de fogo, por mordeduras (típico de cães de luta)	Dimensões e profundidade da ferida ao longo do tempo – frequência de reavaliação determinada pelo Médico Veterinário

Figura 12. Documentação fotográfica no momento da apreensão (esquerda) e depois de totalmente recuperado (direita) (Windham, 2012b)



(Gentilmente cedido por Rhonda Windham, ASPCA)

Quando o animal recupera totalmente, o Médico Veterinário necessita de dar alta-médica por escrito (Windham, 2012b).

5.4.3.1. Ganho de peso

O ganho de peso sem intervenção médica significativa é a prova efetiva de que o animal passou fome durante um período mais ou menos extenso e que, por si só, tem valor de diagnóstico e confirma, muitas vezes, a existência de maus-tratos. A determinação do ganho de peso é possível quando o animal atinge o seu ICC ideal (ganho de peso efetivo) ou entre as 4 e as 6 semanas após a hospitalização, quando já é possível fazer uma boa estimativa do seu peso de adulto ideal (Reisman, 2013).

Existem duas formas de calcular a diferença entre a baixa condição corporal apresentada inicialmente e a sua condição corporal ideal:

1. Calcular a percentagem de peso perdido depois de o animal ter alcançado o seu ICC ideal – ganho de peso final dividido pelo peso apresentado com ICC ideal – que permite ao Médico Veterinário confirmar e corrigir o ICC atribuído inicialmente e declará-lo com certeza no relatório pericial (Tabela 3) (Reisman, 2013).

Tabela 3. Percentagens de peso perdido correspondentes aos níveis de condição corporal abaixo do ideal (Adaptado de Reisman, 2013)

Escala ICC 9 Pontos	% de peso perdido
1. Emaciado	> 20%
2. Muito magro	15%
3. Magro	10%
4. Ligeiramente magro	5%
5. Ideal	

Um animal que apresente uma percentagem de peso perdido de 25% é definitivamente classificado como tendo, à data da primeira apresentação, um ICC de nível 1/9 (emaciado), nível esse que implica, para além de perda de gordura, uma perda de massa muscular significativa (Reisman, 2013).

2. Calcular a percentagem de peso ganho até atingir o ICC ideal – ganho de peso final dividido pelo peso apresentado inicialmente – que corresponde à alteração realmente observável no animal. Esta percentagem será sempre maior que a de peso perdido (ganho de peso de 33% é equivalente a 25% de peso perdido a partir do ICC ideal). Se a avaliação clínica e laboratorial de rotina não revelarem um processo patológico subjacente significativo, e o tratamento for essencialmente de suporte, um ganho de peso igual ou superior a 25% é prova de que o animal passou fome e sofreu negligência (Reisman, 2013).

Já nos animais jovens que tenham sido sujeitos a um período de subnutrição durante a fase de crescimento, poderá ser útil comparar a sua taxa de crescimento (percentagem de peso ganho num determinado período) com a taxa de crescimento conhecida para um animal com a mesma idade e porte para o mesmo período de tempo. Uma vez que estes animais apresentam, geralmente, crescimento compensatório depois de iniciada uma dieta

adequada, taxas de crescimento superiores às estabelecidas para animais semelhantes podem constituir mais uma prova de que o animal passou fome (Reisman, 2013).

5.4.4. Cuidados intensivos

Os animais cujas necessidades ultrapassem a capacidade do Abrigo de as satisfazer devem ser transferidos para uma clínica ou hospital veterinário da região com o qual o Abrigo estabeleceu previamente um protocolo de colaboração para estes casos, como por exemplo, animais com condições crónicas que necessitam de maior acompanhamento, os que requerem radiografia ou ultrassonografia para diagnóstico/monitorização (Kirk, 2012) ou os que, depois de serem estabilizados e medicados para controlo da dor, necessitam ainda de outros cuidados de emergência apenas possíveis em CAMVs completamente equipados (Delany, 2013).

5.4.5. Eutanásia

A decisão de eutanásia de um animal considerado prova num processo judicial corrente é tomada se este apresentar um problema médico que resulte num sofrimento irremediável por qualquer outro meio que não a eutanásia (Smith-Blackmore, 2013) e nunca é baseada na probabilidade de adoção futura (Delany, 2013). Embora a opção de eutanásia seja feita pelo Médico Veterinário, esta carece de autorização do Ministério Público mediante exposição fundamentada dessa decisão através de registos escritos da apresentação clínica do animal e das razões que levaram a tal decisão, apoiados, sempre que possível, por fotografias representativas do estado do animal (Delany, 2013; Smith-Blackmore, 2013). A eutanásia é realizada pelo Médico Veterinário através de injeção com pentobarbital sódico concentrado, preferivelmente pela via endovenosa, mas também por via intraperitoneal (quando a administração endovenosa for mais aflitiva para o animal ou perigosa para o operador) ou intracárdica (se profundamente sedado, inconsciente ou anestesiado), assegurando que o ambiente e a manipulação antes e durante o processo é o mais calmo e confortável possível para o animal (Leary, Underwood, Anthony, Cartner, Corey, Grandin *et al.*, 2013; Smith-Blackmore, 2013).

5.4.6. Necrópsia forense

A morte de animais implicados em processos judiciais, quer ela seja natural ou provocada por eutanásia, tem de ser documentada através de uma necrópsia forense realizada por um Médico Veterinário com as competências adequadas (Merck, 2013). Esta tem como objetivo não só estabelecer a causa de morte, como acontece em qualquer necrópsia, como também a forma de morte (não-acidental, acidental, natural, indeterminada), as causas contributivas e a hora da morte, sendo imprescindível documentar os achados de necrópsia anormais e normais e a elaboração de um relatório onde constem estas informações, assim como uma interpretação de como as lesões ocorreram e a determinação ou exclusão de fatores

contributivos ou causativos (Merck, 2013). O animal cadáver ainda é considerado prova, pelo que a conservação (refrigeração em saco de plástico próprio) e transporte do cadáver para o local da necrópsia deve respeitar a cadeia de custódia (Merck, 2013). O cadáver só é congelado ou eliminado após a obtenção de todas as amostras e respetivos resultados e após a aprovação do Ministério Público do pedido de eliminação de cadáver feito pelo Médico Veterinário (Merck, 2013).

5.4.7. Relatório técnico pericial e testemunho em tribunal como perito em Medicina Veterinária

O Médico Veterinário terá de redigir um relatório onde constem todas as informações clínicas recolhidas, assim como o raciocínio lógico e fundamentado que o levou a determinada conclusão após o exame clínico do animal (Newbery & Munro, 2011; Reisman, 2013). Este documento integra o conjunto de provas apresentado em tribunal e, seja qual for o seu formato, deve ser claro, factual, inteligível para autoridades e comunidade jurídica, identificado com número de caso, datado e assinado pelo Médico Veterinário (Merck, 2013; Reisman, 2013). O relatório deve incluir a descrição detalhada do animal, o motivo para o exame (p. ex. se animal é vítima de maus-tratos, suspeito ou morreu em circunstâncias desconhecidas), informações acerca do local do crime (descrição e provas recolhidas), a história pregressa, os achados clínicos (incluindo peso, ICC, estado do pelo e descrição das lesões encontradas), os procedimentos efetuados e os resultados (amostras recolhidas, testes laboratoriais efetuados e os seus resultados, vistas radiográficas e alterações encontradas, terapêutica instituída, entre outros), um resumo dos achados pertinentes (em termos tão leigos quanto possível), o mecanismo de lesão (alteração bioquímica ou fisiológica que provocou a lesão), a causa da lesão (p. ex. contusão ou esfaqueamento), a causa contributiva (problema pré-existente que poderá ter contribuído para a lesão), a forma de lesão (não acidental, acidental, natural ou indeterminada) e, por fim, a conclusão (interpretação e opinião científica do Médico Veterinário acerca do caso) (Newbery & Munro, 2011; Merck, 2013). Os achados clínicos normais são referidos apenas quando contribuem para a explicação do quadro geral como, por exemplo, a ausência de processo patológico subjacente num cão edemaciado (baixo ICC deveu-se somente a privação de alimento) (Reisman, 2013). O relatório final só poderá ser redigido aquando da resolução de todas as questões médicas. Por isso, em muitos casos, o relatório inicial ou preliminar é completado, posteriormente, com informação acerca da evolução do estado de saúde do animal, por exemplo, a resposta a terapêutica, o aumento da condição corporal e a modificação efetiva de comportamento (Reisman, 2013).

Apesar de apenas uma pequena percentagem dos casos de maus-tratos ir a julgamento, o Médico Veterinário deve estar sempre preparado para, no futuro, testemunhar em tribunal acerca da saúde do animal ou animais em questão: apresentar os factos registados em

documentos, fotografias, radiografias, entre outros, e oferecer a sua opinião com base nas provas ou em resposta a questões hipotéticas colocadas em tribunal (Merck, 2013).

6. Quarta fase: entrega da custódia do animal à instituição de abrigo e disposição final dos animais

Quando o Abrigo adquire a custódia legal dos animais (durante o processo judicial, se decretado que o animal não acrescentará mais provas ao caso, ou depois do encerramento do caso), a disposição final daqueles pode ser decidida (Lopez, 2012; Rickey, 2012). O animal pode continuar o seu processo de modificação de comportamento no Abrigo até estar apto para adoção (Abrigos pré-existentes) (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013), ser colocado para adoção ou ser transferido para outro Abrigo, santuário ou família de acolhimento temporário (Abrigos pré-existentes e temporários) (Melius, 2014).

A eutanásia deve estar reservada a (1) animais criados e treinados para a agressão que não conseguem ser reabilitados com segurança, (2) animais vindos de acumuladores que entram em pânico ao ponto de se automutilarem e que permanecem em estado catatônico na introdução em novos ambientes (Reid, 2013) e (3) animais abandonados ou tão gravemente feridos/debilitados por via acidental, intencional ou negligente que as suas necessidades de tratamento ultrapassam os recursos existentes ou cujo sofrimento não pode ser aliviado de outra forma (Smith-Blackmore, 2013).

A colocação de um animal para adoção implica sempre, segundo as boas práticas da Medicina de Abrigo, a esterilização/castração, quando esta não foi realizada em nenhum momento anterior, uma última desparasitação interna e externa antes de sair do Abrigo (Newbury *et al.*, 2010), a vacinação antirrábica (Portaria n.º 264/2013 de 16 de agosto, Anexo, Capítulo I, Artigo 2º; Day *et al.*, 2016), a aplicação de *microchip* (Newbery & Hurley, 2013; Decreto-Lei nº 313/2003 de 17 de Dezembro), a realização de contrato de adoção assinado pela duas partes, a entrega de declaração médica onde constem as informações relevantes acerca do estado de saúde e comportamento do animal (Reider, 2016), e, obrigatoriamente, pelo menos, para animais de adoção de alto risco, isto é, cães e gatos que foram alvo de modificações de comportamento mais complexas, um acompanhamento do animal e das novas famílias em alturas posteriores ao momento da adoção (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013).

Recentemente, a política de adoção dos Abrigos tem-se alterado: em vez de decidir se uma pessoa pode ou não adotar, o Abrigo foca-se em fazer uma boa correspondência entre as necessidades do animal e as expectativas e estilo de vida do adotante (Weiss & Mohan-Gibbons, 2013). Um grupo de pessoas conhecedoras e experientes em matéria de adoção desenvolveu um conjunto de quatro critérios básicos que têm de ser obrigatoriamente cumpridos para aprovação da adoção: (1) esterilização/castração do animal; (2) interdição da adoção a indivíduos com historial conhecido de maus-tratos a animais ou crianças; (3)

interdição da adoção a indivíduos suspeitos de embriaguez no momento do pedido de adoção; e (4) interdição da adoção cujo objetivo é o consumo do animal (PetSmart Charities, 2003). O adotante deve ainda poder oferecer os cuidados médico-veterinários adequados, atender às necessidades sociais, comportamentais e de companhia do animal, garantir-lhe um ambiente aceitável, isto é, alimento, água, abrigo e exercício adequados, e respeitar e valorizar o novo animal de companhia (PetSmart Charities, 2003).

Como forma de aumentar a compatibilidade entre as necessidades do animal e o perfil do adotante, diminuir o período de permanência no Abrigo e o número de devoluções e de eutanásias, a ASPCA criou um conjunto de programas (*Meet Your Match Canine-alityTM*, *Puppy-alityTM* e *Feline-alityTM*, disponíveis em <http://aspcapro.org/mym>) que os Abrigos podem implementar como parte da sua política de adoção.

III. CASOS CLÍNICOS

1. Contextualização

Durante o período de estágio foi possível assistir e acompanhar diversos animais de companhia suspeitos de serem vítimas de maus-tratos, a maior parte encontrados na via pública ou espaços exteriores sem qualquer meio de contenção física ou identificação e trazidos à clínica por voluntários das associações zoófilas com as quais esta mantém parceria. Estes apresentavam sobretudo baixo ICC, elevado ectoparasitismo e mau estado geral da pele, pelo e unhas, sugestivos de negligência, mas também, em menor grau, problemas sugestivos de abuso intencional. Apesar de alguns destes casos terem dado origem a denúncias junto das autoridades, nenhum foi além das primeiras averiguações devido a falta de provas, nomeadamente a ausência de identificação do animal e/ou do detentor através de *microchip* e, portanto, nenhum resultou numa investigação criminal.

Os animais trazidos à consulta pelos próprios detentores constituíram outra parcela dos animais suspeitos observados no período de estágio. Estes caracterizavam-se, principalmente, por apresentarem problemas consequentes da falha de cuidados adequados, por negligência ou intencionalmente, designadamente a assistência médico-veterinária atempada: ICC em ambos os extremos da escala, doença em estado avançado, lesões exacerbadas e condições médicas graves provocadas pelo próprio detentor (por exemplo, a administração de paracetamol em gatos por parte do detentor como tentativa de aliviar a dor). Estes casos foram percecionados pelo Médico Veterinário assistente que tentou, primeiramente, através do diálogo e formação dos detentores, impedir reincidências. Quando a primeira via de resolução falhou, o mesmo viabilizou a cedência de detenção para uma associação zoófila por mútuo acordo, pelo que nenhum caso resultou em denúncia às autoridades.

Por último, e constituindo a menor fração dos casos observados, estão dois grupos de animais envolvidos em investigações judiciais por suspeita de maus-tratos decorrentes de denúncias efetuadas às autoridades competentes. Ambos os casos tinham uma apresentação semelhante e que consistia, essencialmente, num número elevado de cães (um caso) e gatos (outro) aos quais não eram prestados os devidos cuidados, como por exemplo vacinação, desparasitação ou alimentação/abeberamento adequados, e que, por isso, se apresentavam magros, parasitados, doentes e/ou feridos. Estes animais, por serem parte integrante de investigações criminais, foram tratados como prova dum processo judicial durante todas as fases do seu percurso (investigação no local, remoção ou estadia no abrigo) de forma correta e minuciosa, estabelecendo assim um nível de atuação modelo perante outros possíveis casos de maus-tratos a animais de companhia que serviu de referência para outros observados ao longo do estágio.

De entre todos estes, são, em seguida, apresentados seis casos presenciados ao longo do estágio na Clivefar – Clínica Veterinária de Leiria que permitem uma análise global da

atuação do Médico Veterinário de Abrigo em todas as fases do percurso do animal durante uma investigação por suspeita de maus-tratos. Os primeiros 5 casos correspondem a situações compatíveis com maus-tratos, nomeadamente negligência, que foram atendidas sem o conhecimento dos procedimentos que uma situação de maus-tratos implica, enquanto o 6º corresponde a um ensaio da atuação correta nestas situações. No final de cada um será apresentada uma breve discussão.

2. Caso clínico 1 – Marley

A Marley é uma cadela adulta de raça indefinida encontrada na via pública do concelho sem identificação, resgatada por voluntários da Associação Protetora dos Animais da Marinha Grande (APAMG) e trazida à consulta na Clivefar - Clínica Veterinária de Leiria.

Exame clínico:

O exame clínico foi realizado sem auxílio de ficha clínica e de forma mais ou menos informal, sem registo escrito ou fotográfico rigoroso da apresentação clínica do animal.

• Identificação

Canídeo fêmea de raça indefinida, pelagem comprida e ondulada de cor branca e cinzenta, cauda comprida. Não possuía *microchip*, tatuagem ou coleira que permitisse a sua identificação e/ou a do seu detentor. O Médico Veterinário assistente estimou a idade entre os 6 e os 10 anos (desgaste dentário e doença periodontal) e o estado reprodutivo como não esterilizada (ausência de cicatriz na região abdominal central).

• História pregressa

Cadela com pelo emaranhado e sujo encontrada a deambular num parque de merendas do concelho por voluntários e levada à clínica veterinária para verificação de identificação eletrónica e avaliação do estado geral.

• Exame físico

No exame físico, foram encontradas as seguintes alterações:

- Placa bacteriana mineralizada e doença periodontal de grau III (gengivite, edema e início da formação de bolsas periodontais);
- Otite bilateral;
- Pelo extremamente emaranhado e conspurcado com fezes e urina (odor forte e pelo tingido de amarelo claro, principalmente à volta da região perineal e nos membros posteriores);
- Prurido generalizado;
- Eritema na região interdigital, axilas, virilhas e face ventral do pescoço;
- Presença de pulgas (estimativa: cerca de 50).

- **Plano de diagnóstico**

1. Tosquia completa para melhor avaliação do estado geral do animal (Figura 13);
2. Oferta de água e alimento seco: animal bebeu e comeu avidamente.

Figura 13. Marley antes (esquerda) e depois (direita) de tosquia completa



(Gentilmente cedidas por APAMG)

Nota: Coleira colocada pelos voluntários

Diagnóstico:

Depois da tosquia foi possível observar dois proglotes de *Dipylidium caninum* na região perianal e ainda determinar o ICC em ideal (4/9, peso de 7,5 kg). As regiões com eritema correspondiam a locais da pele mais quentes e húmidos, condições agravadas pela presença de novelos de pelo que impediam o arejamento da pele. O prurido diminuiu consideravelmente (exceto nos ouvidos) após a tosquia, o que sugere que este era maioritariamente causado pelo emaranhamento e não pela presença de pulgas. Desde a chegada à sala de consultas até à manipulação inerente ao exame físico e tosquia, a Marley demonstrou um comportamento sociável, calmo e submisso. O Médico Veterinário concluiu que os cuidados não médico-veterinários (higiene e *grooming*) e médico-veterinários (desparasitação externa e interna, tratamento da otite e da doença periodontal) foram negligenciados durante um período mais ou menos longo, resultando no quadro clínico apresentado.

Terapêutica:

1. Terapêutica tópica: limpeza do canal auditivo externo e aplicação de pomada auricular com permetrina, neomicina, nistatina e triancinolona (Oidermyl® Vetoquinol) em ambos os ouvidos, uma vez por dia, até 5 dias após a resolução do problema;
2. Terapêutica antiparasitária: desparasitação interna com 1 comprimido de milbemicina oxima (12,5 mg) e praziquantel (125 mg) e externa com *spot-on* (1 mL) de imidaclopride (100 mg/mL) e permetrina (500 mg/mL), ambas realizadas no momento da consulta.

As instruções da terapêutica para a otite bilateral foram redigidas, informalmente, em folha de papel e levadas pelos voluntários para o Abrigo.

Admissão no Abrigo:

Uma vez que, o estado geral do animal e o tipo e frequência de terapêutica eram compatíveis com a estadia no Abrigo, foi acionado o último procedimento necessário à admissão no Abrigo (desparasitações externa e interna já realizadas a título terapêutico):

1. Vacinação (1ª dose) com vacina viva atenuada polivalente contra CPV, CDV, CAV-2 e CPI.

As desparasitações e vacinação foram registadas num boletim sanitário individual, assim como as datas das intervenções profiláticas seguintes: nova desparasitação interna em 14 dias, 1º reforço vacinal em 21-28 dias e nova desparasitação externa em 4 semanas. O Médico Veterinário assistente apontou a consulta de reavaliação e vacinação de reforço para daí a 28 dias na clínica veterinária.

A Marley deu entrada no Abrigo (Canil da APAMG) no mesmo dia em que foi encontrada. A terapêutica médica foi registada no quadro de terapêuticas afixado na parede do Abrigo e visível a todos os voluntários. Por haver a possibilidade de se ter perdido, foi divulgado um apelo com a sua fotografia na *internet*, mas nunca foi reclamada.

Estadia no Abrigo:

Todos os procedimentos inerentes à estadia, isto é, os cuidados diários, o enriquecimento ambiental e a terapêutica prescrita, foram realizados uma vez por dia pelos diferentes voluntários encarregues da assistência ao Abrigo nesse dia.

• Alojamento e cuidados diários

Alojamento em canil individual em regime de quarentena (10 dias) ao fim do qual, por não mostrar quaisquer sinais clínicos sugestivos de doença infecciosa, e depois de avaliada a compatibilidade com outros cães sociáveis, foi realojada num canil com outra fêmea (esterilizada). As operações diárias de limpeza, de renovação do alimento seco e água foram realizadas, uma vez por dia, pelos voluntários.

- **Comportamento animal**

Findo o regime de quarentena, foi realizada uma avaliação comportamental (informal, pelos voluntários) perante outros cães, machos e fêmeas, que resultou na classificação de tímida/dócil. O comportamento sociável e submisso para com pessoas manteve-se. O enriquecimento ambiental foi realizado através da interação diária com os voluntários (brincadeiras e festas) e passeios semanais à trela (20-30 minutos) nas imediações do Abrigo. A colocação de brinquedos ou outros itens de entretenimento não é realizada em canis com mais de um animal porque, por experiência da APAMG, pode despoletar comportamentos de guarda e disputas entre os animais.

- **Cuidados médico-veterinários**

A terapêutica da otite bilateral foi realizada diariamente e cessada ao fim de 14 dias (atualização feita no quadro de terapêuticas), uma vez que o canal auditivo externo se encontrava limpo, sem eritema e a cadela não manifestava dor ou prurido (avaliação feita por um voluntário mais experiente). Foi realizada nova desparasitação interna com o mesmo produto 14 dias pós-admissão. A ingestão de alimento, a consistência e cor das fezes, a existência ou não de vômito e a atitude do animal foram monitorizadas diária e informalmente pelos voluntários antes de qualquer operação, sendo os problemas detetados comunicados de imediato ao Médico Veterinário assistente.

Evolução clínica:

Ao fim de 28 dias, a Marley foi levada à clínica para reavaliação da otite (resolvida) e administração do 1º reforço vacinal com a mesma vacina (averbado no boletim). Não houve alterações de peso ou ICC.

Adoção:

No dia da consulta de reavaliação (dia 28) a Marley foi sujeita a ovariohisterectomia (OVH) eletiva, a qual estava prevista caso o exame de estado geral não revelasse qualquer problema e a ecografia confirmasse tratar-se de uma fêmea inteira:

1. Fluidoterapia com NaCl 0,9% a uma taxa de 5 mL/kg/h; cobertura antibiótica com enrofloxacina (5 mg/kg SC); analgesia com buprenorfina (0,02 mg/kg) e indução anestésica com medetomidina (0,02 mg/kg) e quetamina (5 mg/kg) numa única injeção IM; manutenção da anestesia com isoflurano via tubo endotraqueal;
2. Tricotomia e preparação assética da região abdominal; laparotomia com incisão na linha média ventral e OVH;
3. Sutura contínua dos músculos abdominais (incluindo o peritoneu) e sutura intradérmica da pele com fio reabsorvível (sem necessidade de retirar pontos);
4. Analgesia pós-cirúrgica com meloxicam (0,2 mg/kg SC).

Após 2 dias de recuperação na clínica (melhor acompanhamento e possibilidade de estar em canil individual), a Marley voltou para o Abrigo para junto da sua companheira de canil. A administração de antibiótico (enrofloxacina 5 mg/kg PO SID) foi realizada por mais 8 dias, após os quais foi colocada para adoção através de divulgação na *internet*. A Marley continua no Abrigo à espera de um novo detentor.

2.1. Discussão:

O caso da Marley é semelhante a muitos outros encontrados pela associação, alguns dos quais observados durante o estágio. Foi, aliás, a apresentação clínica mais comum de animais errantes resgatados, em pé de igualdade com casos de subnutrição ou de ambos (emaranhamento do pelo e subnutrição). De facto, esta é descrita em vários exemplos da literatura sobre maus-tratos a animais como uma forma de negligência (Patronek, 1998; Arkow *et al.*, 2011; Merck, 2013; Reisman, 2013). Reisman (2013) afirma que o emaranhamento do pelo (completo e formando um único novelo ou novelos que provocam estrangulamento) é um dos tipos de negligência mais encontrados pelo autor, ao lado de coleiras cravadas no pescoço, falha em providenciar cuidados médico-veterinários e fome.

O emaranhamento grave do pelo provoca dor à medida que o movimento fica comprometido e despoleta problemas graves de pele. As fezes e a urina podem acumular-se no pelo, contribuindo para o aumento da dor e desconforto. O emaranhamento interfere ainda com a capacidade de se coçar, fazer a termorregulação e o *grooming*. Em casos extremos, pode mesmo haver estrangulamento da irrigação sanguínea de um membro e consequente perda da extremidade distal (Reisman, 2013).

Por serem prova de que houve negligência, este tipo de lesões deve ser documentado minuciosamente, com recurso a descrição pormenorizada por escrito e a fotografias antes e depois da tosquia (Reisman, 2013). Apesar de haver um registo fotográfico da Marley antes e depois da tosquia, este foi realizado apenas com o intuito de sensibilizar as pessoas que iriam ver o apelo na *internet*, daí não ser um registo rigoroso. A falta de documentação neste tipo de casos (animais errantes com mau estado geral, do pelo e da condição corporal) advém, muitas vezes, de se prever que não irá ser encontrado um detentor que possa ser responsabilizado e alvo de denúncia pois, não raras vezes, estes animais não estão identificados.

Foi óbvio para o Médico Veterinário que se tratava de um caso de negligência por falha no provisionamento dos cuidados médico-veterinários e não médico-veterinários. Ficará sempre por saber se também terá sido vítima de abandono.

A escolha de enrofloxacina para a cobertura antibiótica na OVH reflete a necessidade de ter uma posologia SID durante a estadia no Abrigo, pois os voluntários estão presentes apenas uma vez por dia (manhã ou tarde).

A forma como foi realizado todo o procedimento de receção, admissão e estadia, com exame clínico, desparasitação, vacinação, quarentena e esterilização, reflete o procedimento padrão e as etapas que a maioria dos animais acolhidos no Abrigo atravessa.

3. Caso clínico 2 – Lua

A Lua é uma cadela muito jovem de raça indefinida encontrada numa zona de pinhal do concelho sem identificação por operacionais da GNR, resgatada por estes e de seguida entregue aos cuidados da APAMG, que a levou à consulta na Clivefar - Clínica Veterinária de Leiria.

Exame clínico:

O exame clínico foi realizado sem auxílio de ficha clínica e de forma mais ou menos informal, sem registo escrito ou fotográfico rigoroso da apresentação clínica do animal.

- **Identificação**

Canídeo fêmea de raça indefinida, pelagem curta e lisa de cor castanha clara e branca na extremidade dos membros, focinho, peito e abdómen ventral. Não possuía *microchip*, tatuagem ou coleira que permitisse a sua identificação e/ou a do seu detentor. O Médico Veterinário assistente estimou a idade em 5-6 meses (erupção dos caninos definitivos) e o estado reprodutivo como não esterilizada (ausência de cicatriz na região abdominal central).

- **História pregressa**

Cadela encontrada enrolada sobre si própria numa zona de pinhal por operacionais da GNR. Por suspeitarem de abandono, prosseguiram com o resgate, o qual se revelou difícil, uma vez que o animal não se deixou capturar facilmente (extremamente assustada). Depois de verificarem que não possuía *microchip*, contactaram a APAMG no sentido de esta acolher a cadela. Esta aceitou o pedido de ajuda e levou-a à clínica veterinária para uma avaliação do estado geral.

- **Exame físico**

As principais alterações encontradas foram um ICC compatível com emaciação (nível 1/9), sendo o peso de 3,82 kg, postura arqueada (em estação e decúbito) (Figura 14), fraqueza e uma mancha violácea de contorno irregular na pele da região abdominal média ventral (Figura 15).

Figura 14. Condição corporal e postura arqueada apresentadas pela Lua na primeira consulta



(Original)

Figura 15. Mancha violácea na região abdominal média ventral



(Original)

Encontrava-se também parasitada externamente por pulgas (cerca de 8 a 10 pulgas) e carraças (apenas 4). Durante toda a manipulação, o animal manteve-se sempre muito alerta, paralisado com medo, porém, sem tentar defender-se, o que levou à sua classificação como pouco ou nada sociável, mas submisso para com pessoas.

- **Plano de diagnóstico**

1. Oferta de água e alimento – animal ignorou ambos durante a consulta, mas uma vez sozinha no consultório comeu o alimento seco presente na taça;
2. Desparasitação interna com 1 comprimido de milbemicina oxima (2,5 mg) e praziquantel (25,0 mg) para eliminar a hipótese de parasitismo grave como causa da emaciação – observação de 3 nemátodes adultos da espécie *Toxocara canis* e entre 10 a 15 proglótes de *D. caninum* nas fezes eliminadas nas 24 h após a toma;
3. Averiguação da presença de vômito e observação das fezes nas 24 h após a consulta – sem vômito, com apetite voraz (quando sozinha) e fezes (em pouca quantidade) moldadas com ligeira hematoquêzia, presença de parasitas intestinais e evidência de picacismo (ervas, pequenas pedras e tiras de um plástico preto).

Diagnóstico:

O estado de emaciação grave associado a parasitismo intestinal ligeiro, ausência de vômito e presença de picacismo levaram ao diagnóstico clínico e dedutivo de que o animal esteve sujeito a um período longo de subnutrição. Este diagnóstico só poderia ser confirmado após um ganho de peso devido, exclusivamente, a uma dieta apropriada, sem intervenção médica. A mancha violácea foi interpretada pelo Médico Veterinário assistente como uma lesão antiga correspondente à etapa final de resolução de um hematoma.

Terapêutica:

Por não haver sinais clínicos de doença, foi implementado um plano de alimentação com uma dieta comercial (Advance® Puppy Medium) com uma dose diária inicial correspondente ao limite inferior da dose recomendada para cachorro com mais de 4 meses e com peso em adulto entre 10-20 kg (cerca de 180 g), tendo sido esta aumentada gradualmente à medida que o animal ganhou peso.

Admissão e estadia no Abrigo:

Devido ao estado de emaciação e provável imunodepressão, a vacinação foi adiada até haver um ICC ideal. Foi realizada a desparasitação externa (*spot-on* [1 mL] de imidaclopride [100 mg/mL] e permetrina [500 mg/mL]). As desparasitações foram registadas num boletim sanitário individual, assim como as datas das intervenções profiláticas seguintes: nova desparasitação interna em 14 dias e externa em 4 semanas. O Médico Veterinário assistente apontou a consulta de reavaliação e possível vacinação daí a 30 dias na clínica veterinária.

A Lua deu entrada no Abrigo (Canil da APAMG) no mesmo dia em que foi encontrada. A terapêutica dietética foi registada no quadro de terapêuticas afixado na parede do Abrigo e visível a todos os voluntários. Por poder existir um detentor, foi divulgado um apelo com a sua fotografia na *internet*, mas nunca foi reclamada.

Todos os procedimentos inerentes à estadia, isto é, os cuidados diários, incluindo o fornecimento da dieta prescrita, o enriquecimento ambiental e a sociabilização com pessoas, foram realizados, uma vez por dia, pelos diferentes voluntários encarregues da assistência ao Abrigo nesse dia. O alojamento foi feito em canil individual em regime de isolamento por tempo indeterminado (até uma semana após a primovacinação com as 2 doses iniciais espaçadas de 3-4 semanas). As operações diárias de limpeza, de renovação do alimento e água foram realizadas, uma vez por dia, pelos voluntários.

Evolução clínica:

Depois de uma semana no Abrigo, a interação diária (cerca de 20 minutos) com os voluntários não mostrou nenhuma evolução: a Lua permanecia estática a um canto do canil num estado hiper-vigilante, evitava o contacto com as pessoas e urinava por submissão quando esse contacto era forçado. Para permitir a sua reabilitação comportamental, foi transferida para uma família de acolhimento temporário com experiência nestes casos onde só existia mais um animal (adulto, sociável, vacinado e sem história de doença infecciosa). O contacto constante com as mesmas pessoas num ambiente calmo e a aproximação gradual destas ao animal permitiram uma sociabilização razoável.

A família temporária acabou por adotar a Lua, pelo que não há informação de quando atingiu o ICC ideal ou se existiu crescimento compensatório. Porém, o ICC ideal foi atingido sem recurso a outros meios que não uma alimentação equilibrada (informação fornecida pelos novos detentores em conversa informal), confirmando assim o diagnóstico formulado inicialmente de subnutrição.

A vacinação, identificação eletrónica e OVH foram, entretanto, realizadas. Até hoje, a Lua permanece uma cadela saudável. Segundo os detentores, o comportamento da Lua, agora com 17 meses, fora da habitação e para com outras pessoas, à exceção dos detentores, melhorou pouco: cauda entre as pernas, tentativa de fuga e contacto visual ininterrupto quando exposta a ambientes ou pessoas estranhas. Por outro lado, o comportamento sociável com outros cães e, principalmente, com os detentores e companheiro de casa mantêm-se (Figura 16).

Figura 16. Lua atualmente (17 meses) com o seu companheiro de casa



(Gentilmente cedida pelo novo detentor)

3.1. Discussão:

Tal como o caso clínico anterior, a apresentação clínica da Lua é das mais frequentemente encontradas pela associação, associada, não raras vezes, a grave parasitismo externo.

Os animais emaciados devido a um longo período de fome apresentam geralmente sinais característicos como: ICC de 1 ou 2/9 (com perda de músculo e gordura); miopatia degenerativa secundária a catabolismo muscular intenso que se traduz em perda de musculatura (mais visível na região temporal), fraqueza e postura arqueada; atrofia de outros tecidos (p. ex. fígado, rim, pâncreas, linfonodos e gordura); trombocitose, hipoalbuminémia e anemia não regenerativa; úlceras gástricas e melena (perto da morte); feridas de decúbito; evidência de picacismo; feridas por mordedura num grupo de cães emaciados (luta por alimento) (Reisman, 2013); níveis séricos de CPK elevados, devido ao consumo de proteína para produzir energia, ou normais, quando muito emaciados e sem reserva proteica; poliúria, polidipsia e baixa densidade urinária devido a baixa ingestão proteica ou níveis de ureia sérica diminuídos (Merck, 2013); pelo acastanhado em gatos pretos por redução/ausência de deposição de melanina (Anderson, Rogers & Morris, 2002). De facto, a Lua apresentava um ICC muito baixo, perda de musculatura na região temporal, postura arqueada, fraqueza e evidências de picacismo. Os outros sinais clínicos compatíveis com subnutrição prolongada, nomeadamente os diagnosticados por análises sanguíneas (hemograma e bioquímica sanguínea), ficaram por apurar, devido a contenção de custos. Este é, na maior parte das vezes, o maior entrave à completa avaliação clínica dos casos e, por conseguinte, à recolha de provas que corroborem o diagnóstico efetuado. No entanto, a principal prova de que o animal passou fome foi recolhida: houve um ganho de peso devido,

quase exclusivamente, a uma alimentação equilibrada, sem intervenção médica significativa (Reisman, 2013).

Relativamente à mancha violácea apresentada na região abdominal ventral, levantou-se inicialmente suspeita de que esta correspondia a uma sufusão hemorrágica resultante de traumatismo (contusão) infligido intencionalmente (pontapé), uma vez que não estavam presentes outros sinais típicos de atropelamento por veículo motorizado, que poderia ser também a causa da lesão, como por exemplo o desgaste ou arrancamento de unhas, lacerações nas almofadas plantares, abrasões na pele ou vestígios de terra, detritos e gravilha no pelo e na boca (Merck, 2013). No entanto, por ter sido determinada pelo Médico Veterinário assistente como uma lesão antiga, a hipótese de atropelamento não foi posta de lado, pois os outros sinais poderiam já ter desaparecido, podendo a sufusão corresponder à etapa final de resolução de um hematoma provocado por este (Merck, 2013). Devido à ausência de claudicação e de dor ou fraturas à palpação e, simultaneamente, à presença de TRC e mucosas normais, não foi realizada a pesquisa de lesões internas através de meios complementares como a radiografia ou a ecografia. Os exames radiográficos das várias partes do corpo poderia ter elucidado quanto à presença ou não de fraturas antigas e, a existirem, se se encontravam em diferentes fases de cicatrização, o que corresponde a um dos sinais patognomónicos de abuso físico repetitivo (Merck, 2013; Reisman, 2013).

O comportamento nada sociável com pessoas contribuiu em parte para a suspeita de maus-tratos (McMillan *et al.*, 2015). Porém, sendo conhecida a existência de matilhas de cães assilvestrados nos pinhais do concelho, a hipótese de que teria sido uma cria que se separou, acidentalmente, dos pares não foi posta de parte.

4. Caso clínico 3 – Nutela

A Nutela é uma cadela de 4 anos de raça indefinida trazida à consulta pelo seu detentor à Clivefar – Clínica Veterinária de Leiria.

Exame clínico:

O exame clínico foi realizado sem auxílio de ficha clínica, mas todas as alterações dignas de registo foram inseridas no programa informático da clínica. Sem registo fotográfico.

- **Identificação**

Nutela, canídeo fêmea de raça indefinida, pelagem média e ondulada de cor castanha, cauda comprida, 4 anos e 2 meses, com *microchip*, não esterilizada.

- **História pregressa**

Cadela adulta vacinada há 8 meses com EURICAN® DAPPi-LR (Merial) (com CPV, CDV, CAV-2 e CPi atenuados, e *Leptospira interrogans* serovar *canicola*, *Leptospira interrogans* serovar *icterohaemorrhagiae* e vírus da raiva inativados) averbada pelo Médico Veterinário no boletim sanitário individual e desparasitada internamente há dois meses com um

comprimido de febantel (150 mg), pirantel (50 mg) e praziquantel (50 mg) (Zipyran Plus Sabor®Calier), e externamente com *spot-on* de fipronil (67 mg) e metopreno (60,3 mg) (Frontline Combo® Merial) (mensalmente) pelo detentor (ambos comprados na farmácia - sem registo no boletim). Tinha sido saudável até ao momento e não tomava nenhuma medicação à data da consulta.

Segundo o detentor esteve mais quieta e triste nas 2-3 semanas anteriores, com menos apetite e a perder peso progressivamente, bebe mais água e urina muito, tendo deixado totalmente de comer há dois dias, altura em que começou a vomitar 'uma água amarela'. O último cio ocorreu há 2,5 meses e nunca esteve gestante. Tomou progestagénios (Acetato de megestrol - Piludog® CPCH comprimidos 10 mg) há 2 anos durante um ano (2 estros) porque nessa altura dividia casa com um cão não castrado.

• Exame físico

No exame físico, foram encontradas as seguintes alterações:

- Ligeira letargia, mas responsiva a estímulos, veio para o consultório pelo próprio pé;
- ICC abaixo do ideal (nível 3/9 e peso de 5,2 kg);
- Mucosas ligeiramente pálidas, mas húmidas e TRC inferior a 2 segundos;
- Desidratação ligeira (inferior a 5%);
- Temperatura ligeiramente elevada (38,9°C – temperatura retal) para o dia em questão (21°C na rua);
- Distensão abdominal com dor à palpação – possível palpar os dois cornos uterinos bastante distendidos.

Diagnóstico:

A história pregressa (estro há 2,5 meses, não ovariectomizada, depressão, anorexia, perda de peso, polidipsia, poliúria e vómitos), em conjunto com os achados do exame físico (mucosas ligeiramente pálidas, elevação da temperatura e palpação dos cornos uterinos distendidos) e ausência de corrimento vulvar eram altamente compatíveis com piómetra fechada. Na impossibilidade de realizar qualquer exame complementar de diagnóstico (detentor opôs-se), o diagnóstico clínico foi piómetra fechada com indicação para OVH urgente, uma vez que a paciente se encontrava estável.

Terapêutica:

O detentor rejeitou a recomendação do Médico Veterinário, ordenando que este ‘fizesse o que pudesse com medicamentos’ e sem recurso a internamento na clínica. Com estas limitações impostas pelo detentor, foi planeada a seguinte terapêutica:

1. Terapêutica médica (a realizar todos os dias na clínica à mesma hora):
 - a. Aglepristona 10 mg/kg SC SID nos dias 1, 2 e 8 de tratamento (dia 15 e 30 se necessário);
 - b. Cloprostenol 1 µg/kg SC SID nos dias 3 a 7;
 - c. Amoxicilina + ácido clavulânico 8,75 mg/kg SC SID enquanto houver anorexia, passando depois a 24 mg/kg (equivalente a ½ comprimido de 250 mg) PO BID até 10 dias após o fim do corrimento vulvar;
 - d. Enrofloxacin 5 mg/kg SC SID enquanto houver anorexia, passando depois a 7,2 mg/kg (equivalente a ¼ de comprimido de 150 mg) PO SID até 10 dias após o fim do corrimento vulvar;
 - e. Maropitant 1 mg/kg SC SID enquanto houver anorexia e até 5 dias consecutivos;
 - f. Ranitidina 2 mg/kg SC SID enquanto houver anorexia;
2. Outros:
 - a. Colar isabelino para impedir o animal de lamber a descarga vulvar;
 - b. Fornecer um alimento mais apetitoso para aumentar as probabilidades do animal se alimentar (peito de frango cozido com arroz, sem sal) e, quando este não funcionar, oferecer um pouco de água com açúcar;
 - c. Permitir que o animal beba apenas pequenas quantidades de água de cada vez;
 - d. Ecografia abdominal ao dia 15 para avaliação do diâmetro/conteúdo do útero.

Uma vez que o fármaco de aglepristona só estaria disponível na clínica no dia seguinte, foi acordado com os donos que o protocolo “aglepristona + cloprostenol” seria iniciado apenas nessa altura.

Evolução clínica:

O detentor da Nutela não regressou à clínica para proceder ao tratamento como acordado com o Médico Veterinário, tendo voltado 4 dias depois, quando o estado do animal já se encontrava muito deteriorado, a requisitar a eutanásia. Segundo este, a cadela melhorou ligeiramente após a consulta, comeu (frango com arroz) nesse dia e no dia seguinte de manhã, mas os vómitos e a anorexia voltaram durante a noite e, por não querer mais despesas, esperou até o animal apresentar um estado que para ele justificava a eutanásia. O Médico Veterinário recusou o pedido por considerar que ainda havia uma hipótese de recuperação, contactou a APAMG no sentido de esta se responsabilizar pela Nutela, a qual aceitou prontamente dadas as circunstâncias, e questionou o detentor acerca da possibilidade de ceder o animal a uma associação, perdendo ele qualquer direito sobre o

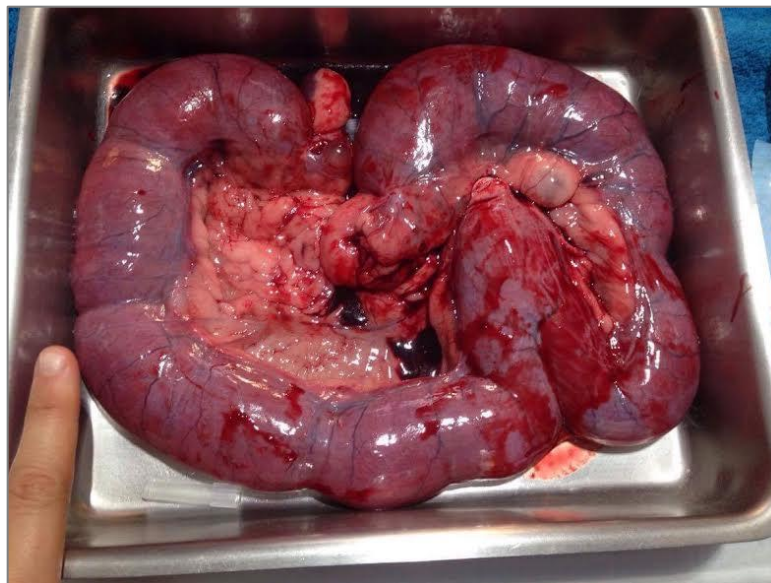
mesmo, mas sem quaisquer consequências legais nem necessidade de muita burocracia (apenas o preenchimento de Declaração de Cedência de Detenção). Após alguma discussão e ponderação, o detentor consentiu e a Nutela ficou sob a guarda da APAMG, que autorizou todas as medidas necessárias para tratar o animal. Foram então realizados novo exame físico, hemograma e bioquímica sérica como forma de monitorização, estabilização do animal com fluidoterapia e OVH.

No exame físico foram detetados:

- Letargia e relutância em movimentar-se, mas responsiva a estímulos;
- Diminuição do peso para 4,9 kg;
- Mucosas pálidas e pegajosas;
- TRC igual a 2 segundos;
- Taquicardia ligeira sem arritmia ou outra alteração à auscultação cardíaca;
- Pirexia (39,6°C – temperatura retal);
- Nível de desidratação estimado em cerca de 7% - perda da elasticidade da pele (3 segundos para desfazer prega de pele), mucosas orais ligeiramente secas/pegajosas, taquicardia ligeira, mas pulso femoral forte e concordante;
- Maior distensão abdominal e sem possibilidade de palpação (muita tensão e dor).

De seguida, foi colhido sangue para hemograma e bioquímica sérica, ambos realizados na clínica e com obtenção dos resultados em 20 minutos. O hemograma revelou uma anemia normocítica, normocrômica e não regenerativa ligeira e leucocitose acentuada por neutrofilia e monocitose. O painel bioquímico realizado (PT, ALT, ureia, creatinina e glucose) revelou um ligeiro aumento das proteínas totais – 9,0 g/dL (5,2 – 8,2 g/dL) – e da creatinina - 3 mg/dL (0,8 – 2,4 mg/dL). Os restantes parâmetros encontravam-se dentro dos intervalos de referência, embora a ureia (17 mg/dL) estivesse próxima do limite inferior desse intervalo (16 – 36 mg/dL). Enquanto se esperava pelos resultados das análises, realizou-se uma breve ecografia abdominal que confirmou a existência de piómetra grave – útero muito distendido por conteúdo de ecogenicidade mista com floculação. De seguida, criou-se um acesso venoso e iniciou-se a fluidoterapia (NaCl 0,9%; taxa de 30 mL/h). Foram administrados por via SC amoxicilina + ácido clavulânico, enrofloxacin, ranitidina e maropitant nas doses e frequência já descritas, metadona (0,5 mg/kg) por via IM de 8 em 8 h e fentanil (4 µg/kg/h) por via transdérmica. Devido à impossibilidade de a cirurgia ocorrer no dia seguinte (sábado), o período de estabilização não permitiu a completa reidratação, tendo a Nutela sido sujeita a OVH 8 h após o início da fluidoterapia, a qual foi mantida no período intra e pós-cirúrgico. Como pré-medicação anestésica foram administrados metadona (0,3 mg/kg IV) e diazepam (0,2 mg/kg IV), seguida de indução com propofol (2 mg/kg IV) e manutenção com isoflurano. Todo o abdómen foi tricotomizado e preparado assepticamente. O acesso à cavidade abdominal foi realizado por laparotomia com incisão na linha média ventral e foram retirados, em bloco, ovários, útero e cérvix (Figura 17).

Figura 17. Piómetra – útero, ovários e cérvix retirados em bloco



(Original)

Não foi observada nenhuma estrutura anormal no ovário. A punção do útero já removido com agulha e seringa revelou um exsudado sanguinopurulento, mas que não foi enviado para cultura e antibiograma. O encerramento da cavidade abdominal fez-se através de sutura contínua dos músculos abdominais (incluindo o peritoneu) e sutura intradérmica da pele com fio reabsorvível.

A cirurgia decorreu sem incidentes, com uma taxa de isoflurano estável, sem rutura da parede uterina ou conspurcação da cavidade abdominal. No fim da cirurgia, verificou-se apenas uma diminuição da temperatura ($36,7^{\circ}\text{C}$), corrigida através de manta de aquecimento e botija de água quente, e algum tempo para despertar (40 minutos), após o que se mostrou relativamente alerta e sem sinais de dor (Figura 18).

Figura 18. Nutela no recobro com fluidoterapia e aquecimento



(Original)

A fluidoterapia foi alterada para uma solução polielectrolítica com glucose (Esterofundina®A-G) e mantida até dois dias após a cirurgia quando começou a aceitar alimento húmido. A partir desse dia (dia 3), transitou para antibioterapia oral (amoxicilina + ácido clavulânico na dose de 24 mg/kg PO BID e enrofloxacin na dose de 7,2 mg/kg PO SID) durante mais 7 dias, foi cessada a administração de maropitant e ranitidina e retirado o *patch* de fentanil. Por demonstrar bom estado geral, começou a fazer curtos passeios à trela nas imediações da clínica.

A polidipsia/poliúria desapareceram, a temperatura manteve-se sempre estável à volta dos 38°C, o apetite melhorou (passou de alimento húmido para seco) e revelou-se uma cadela alegre e meiga. Foi avaliada quanto ao comportamento perto de outros cães (saúdáveis e sociáveis) e classificada como muito sociável. Embora o peso se tenha mantido próximo dos 4,9 kg, era visível por inspeção e palpação uma melhoria no ICC.

Admissão e estadia no Abrigo

No fim da antibioterapia (dia 10 pós-cirurgia), foram acionados os procedimentos que viabilizam a admissão no Abrigo (Canil da APAMG), nomeadamente a desparasitação interna com 1 comprimido de milbemicina oxima (12,5 mg) e praziquantel (125,0 mg) e a desparasitação externa com *spot-on* (1 mL) de imidaclopride (100 mg/mL) e permetrina (500 mg/mL). A vacinação encontrava-se válida por mais 4 meses.

Foi alojada num canil individual em regime de quarentena (10 dias). As operações diárias de limpeza, de renovação do alimento seco e água, de interação (homem-animal) e de enriquecimento ambiental (brinquedos) eram realizadas, uma vez por dia, pelos voluntários.

Adoção:

No dia de admissão foi colocada para adoção responsável através de divulgação na *internet*. Ao fim de 11 dias no Abrigo, a Nutela foi adotada por uma família que reunia todas as condições impostas pela associação, tendo sido preenchido um novo documento de cedência de detenção (da associação para o novo dono) e um contrato de adoção com termo de responsabilidade (Figura 19).

Figura 19. Nutela na sua nova casa



(Gentilmente cedida pelo novo detentor)

4.1. Discussão:

A piómetra é uma emergência médica que carece de rápida intervenção para impedir o desenvolvimento de sépsis, complicação frequente desta doença. Sem tratamento, a piómetra conduz, inevitavelmente, à morte (Fieni, Topie & Gogny, 2014). O tratamento mais seguro e eficaz é a OVH (Jitpean, Ambrosen, Emanuelson & Hagman, 2017), pois permite imediatamente a remoção do conteúdo uterino purulento e a supressão da libertação de endotoxinas (Fieni *et al.*, 2014). No entanto, nos casos em que os donos querem um tratamento menos dispendioso, como foi o caso, está indicada a terapêutica médica, desde que não haja pirexia, hipotermia, insuficiência hepática ou peritonite (Fieni *et al.*, 2014). A decisão de avançar com a terapêutica médica foi tomada, mesmo sem conhecimento do quadro laboratorial, por ser a melhor hipótese deste animal. O protocolo terapêutico de associação de aglepristona (antagonista competitivo dos recetores uterinos de progesterona) com cloprostenol (prostaglandina sintética que induz luteólise e contrações miométriais) foi baseado no estudo de Fieni (2006) e é aquele que, na experiência do Médico Veterinário assistente, garante mais segurança e eficácia. No entanto, este protocolo nunca chegou a ser posto em prática.

A rápida deterioração do estado geral do animal sem o tratamento adequado era expectável, uma vez que cadelas com piómetra fechada são mais gravemente afetadas pela doença, comparativamente às com piómetra aberta, registando-se nestas uma maior leucocitose, neutrofilia e monocitose, e ocorrência de sépsis e pior estado geral (Jitpean *et al.*, 2017).

Apesar de haver algum grau de dor na primeira consulta, esta não justificava a administração de analgésico, até porque esperava-se que dentro de dois dias o seu estado melhorasse bastante. A opção de analgesia com anti-inflamatório não esteroide foi desde logo excluída devido não só ao risco de azotemia pré-renal (sem possibilidade de medir

valores de ureia e creatinina séricas) como à provável influência na ação do cloprostenol (Mendelker, 2006).

Os resultados das análises sanguíneas mostraram-se de acordo com os normalmente encontrados em casos de piómetra (Jitpean *et al.*, 2017). A anemia pode ter sido subestimada devido a desidratação, ainda assim não justificava uma transfusão sanguínea. Os valores de creatinina e os de PT foram tidos como consequência da desidratação. Por não ter sido realizado novo doseamento de creatinina sérica após a recuperação do animal, não foi possível confirmar se os valores observados se deviam unicamente a azotémia pré-renal. Por outro lado, a falta de doseamento de albumina sérica não permitiu afirmar que os valores de PT se deviam totalmente a desidratação. Já os níveis de ureia podem ser explicados pela poliúria, que aumenta a excreção de ureia, e pelo insuficiente aporte de proteína (anorexia).

Vários estudos têm demonstrado que as bactérias gram-negativas, especialmente a *Escherichia coli*, são as mais frequentemente isoladas do lúmen uterino de cadelas com piómetra (Jitpean *et al.*, 2017). A cobertura antibiótica, neste caso, foi prescrita tendo em conta esta informação e, pelo desfecho positivo, deduz-se que foi adequada (embora a carga microbiana após a OVH seja mínima). No entanto, os testes de suscetibilidade aos antibióticos têm demonstrado uma resistência elevada a uma gama vasta de antibióticos (Coggan, Melville, de Oliveira, Moreno & Benites, 2008; Lara, Donadeli, Cruz & Carregaro, 2008; Siqueira *et al.*, 2008; Hagman & Greko, 2005) e por isso, idealmente, deve ser realizado um antibiograma a partir do conteúdo uterino (antibiograma para bactérias presentes no sistema urinário não se revelou útil para selecionar antibióticos a usar na piómetra) (Hagman & Greko, 2005).

A melhoria do ICC sem um aumento do peso poderá ser explicada pela remoção do útero repleto de exsudado, que tem um peso significativo para uma cadela de 5 kg, ao mesmo tempo que houve um aumento da gordura e massa muscular resultantes do regresso de apetite e adequada nutrição.

5. Caso clínico 4 – Vitória

A Vitória é uma cadela jovem de raça indefinida encontrada numa via pública do concelho sem identificação, resgatada por voluntários da APAMG e acompanhada na Clivefar - Clínica Veterinária de Leiria.

Exame clínico:

O exame clínico foi realizado sem auxílio de ficha clínica e de forma mais ou menos informal, sem registo escrito ou fotográfico rigoroso da apresentação clínica do animal.

- **Identificação**

Canídeo fêmea de raça indefinida, pelagem curta e lisa de cor castanha e branca e cauda comprida. Não possuía *microchip*, tatuagem ou coleira que permitisse a sua identificação e/ou a do seu detentor. O Médico Veterinário assistente estimou a idade em cerca de 1 ano (dentição definitiva completa, dentes brancos, limpos e sem desgaste) e o estado reprodutivo como não esterilizada (ausência de cicatriz na região abdominal central). A APAMG deu-lhe o nome de Vitória.

- **História pregressa**

Cadela magra e com múltiplas lesões de pele encontrada desorientada na rua por um indivíduo que a conteve e de seguida contactou a APAMG no sentido desta a acolher. A APAMG, depois de requisitar fotografias do animal, acedeu ao pedido e a cadela foi recebida no mesmo dia, dado o estado que aparentava nas fotografias, e levada à clínica veterinária para verificação de identificação eletrónica e averiguação da origem das lesões que levantaram suspeitas de maus-tratos aos voluntários que a receberam.

- **Exame físico**

No exame físico foram encontradas as seguintes alterações:

- Comportamento ansioso com respiração por vezes ofegante, vocalizações e agitação;
- Taquicardia e taquipneia, mas sem outras alterações à auscultação cardíaca e pulmonar;
- ICC abaixo do ideal (nível 2 ou 3/9 e 12,3 kg);
- Múltiplas zonas de alopecia circular ou contorno irregular com diâmetros variáveis entre os 0,5 e os 3 cm, eritema, descamação e crostas, de distribuição assimétrica e localizadas no dorso, flancos, membros, peito e face, sendo que em algumas lesões existia hiperpigmentação da pele (Figura 20);
- Pelo fraco e baço;
- Seborreia seca.

Não havia sinais de prurido (animal nunca se coçou antes e durante a consulta), otite externa ou parasitismo por pulga ou carraça.

Figura 20. Condição corporal abaixo do ideal (ossos pélvicos visíveis, cintura e reentrâncias abdominais evidentes) e múltiplas lesões visíveis no dorso, flanco, membros e face



(Gentilmente cedidas por APAMG)

Apesar das primeiras impressões dos voluntários de que o animal apresentava lesões compatíveis com queimaduras em fase de cicatrização, essa hipótese foi colocada de parte pelo Médico Veterinário.

- **Diagnósticos diferenciais**

1. Demodecose
2. Dermatofitose
3. Piodermite por *Staphylococcus spp.*

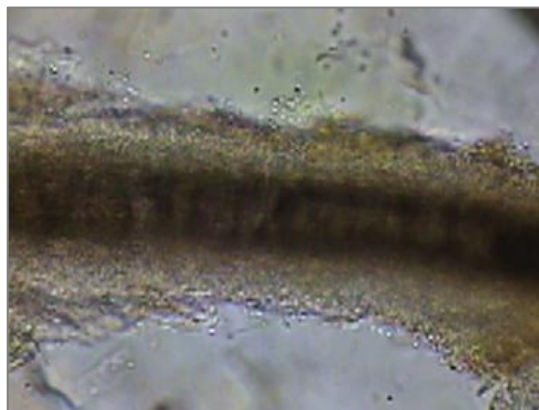
- **Plano de diagnóstico**

Foram efetuados os seguintes exames complementares de diagnóstico:

1. Raspagem profunda (com extrusão folicular e utilização de óleo mineral) de 3 locais diferentes para detecção de *Demodex spp.* após observação ao MO (ampliações de 100x e 400x) – negativo;

2. Exame físico do pelo com lâmpada de Wood para detecção de fluorescência produzida pela infecção por *Microsporum canis* – positivo, com presença de cor verde clara na haste de inúmeros pelos da periferia das lesões;
3. Exame microscópico direto (tricograma) de pelos que emitiram fluorescência, extraídos por arrancamento com pinça hemostática esterilizada durante o exame com a lâmpada de Wood e colocados em óleo mineral sobre uma lâmina, para confirmação da infecção por dermatófitos – pelos com contorno irregular, ‘inchados’, alguns quebrados (ampliação de 100x), presença de hifas e artrósporos dentro e ao redor dos pelos (ampliação de 400x) (semelhante ao apresentado na Figura 21) e emissão de fluorescência quando atingidos pela lâmpada de Wood (sala escurecida); ausência de *Demodex spp.*
4. Ecografia abdominal para detecção do estado reprodutivo/gestação – não ovariohisterectomizada e não gestante.

Figura 21. Tricograma em óleo mineral de pelo infetado por *M. canis* onde são visíveis múltiplos esporos ao redor da base do pelo (<https://veteriankey.com/dermatology-2/>)



(Gentilmente cedido por University of Wisconsin School of Veterinary Medicine)

Diagnóstico:

O quadro clínico, em conjunto com o resultado dos exames complementares de diagnóstico efetuados, levou ao diagnóstico de dermatofitose na forma clínica de dermatite tonsurante seca, sendo iniciado no próprio dia o tratamento etiológico. Devido a contenção de custos, a colheita de pelos para cultura micológica ficou reservada à monitorização da resposta ao tratamento.

Terapêutica:

Foi instituída terapêutica sistêmica com itraconazol na dose de cerca de 8 mg/kg (equivalente a uma cápsula de 100 mg) PO SID (utilização *off-label*) com a refeição, associada a terapêutica tópica com enilconazol (solução 0,2%) 2 vezes por semana através da aplicação com esponja contra o sentido do pelo ou imersão, sem enxaguamento ou secagem com toalha (apenas com secador), ambas a realizar até haver 2 culturas micológicas negativas consecutivas (cura micológica).

Como terapêutica adjuvante foi prescrita uma dieta com alimento seco rico em ómeegas 3 e 6 (salmão como principal ingrediente— Advance® Sensitive).

Uma vez que a deslocação do animal à clínica para reavaliações implicaria uma contaminação escusada, o Médico Veterinário assistente acordou com os voluntários a entrega semanal de amostras de pelo para cultura micológica a partir do fim da 4ª semana de tratamento para monitorização da resposta à terapêutica. As instruções sobre como recolher o pelo (método da escova de dentes) foram previamente explicadas. Os voluntários ficaram ainda encarregues de comunicar ao Médico Veterinário a evolução das lesões e condição corporal, apoiados por fotografias do animal.

Profilaxia sanitária:

Foram acionadas várias medidas profiláticas com o objetivo de, por um lado, minimizar o risco de transmissão de doença a pessoas e outros animais e, por outro, encurtar o período de tratamento através da prevenção/redução de resultados falso positivos das culturas micológicas decorrentes da contaminação do ambiente e do próprio pelo do animal:

1. Colocação do animal em regime de isolamento em canil individual até cura micológica: utilização de EPI (luvas descartáveis, vestuário impermeável com mangas e calças compridas, calçado impermeável e touca) em todas as operações que envolvam este animal e lavar as mãos e pele exposta; os cuidados diários a este animal são realizados em último lugar (depois de todos os outros); tratamentos tópicos realizados dentro do canil/alojamento individual; todo o enriquecimento ambiental é realizado dentro do canil (sem passeios à trela).
2. Limpeza e desinfeção rigorosas do ambiente: eliminação dos pelos existentes no canil individual da forma que cause menos dispersão (não varrer em seco); remoção de resíduos (p. ex. esfregão) seguida de lavagem com detergente do chão, paredes e grades, diariamente; desinfeção, após a lavagem, das mesmas superfícies com solução de hipoclorito de sódio para limpeza doméstica (lixívia) na diluição de 1:32 (deixando atuar 10 minutos) nos dias de banho (2 vezes por semana) e após o banho; remoção de resíduos seguida de lavagem com detergente e enxaguamento da cama (plástico), comedouro e bebedouro (aço inoxidável) diariamente; EPI em todas as operações.
3. Só adultos saudáveis devem contactar com este animal, ou seja, grávidas, crianças, idosos, doentes diabéticos, doentes em tratamento com imunodepressores (corticosteroides, quimioterapia, entre outros) devem evitar contacto com o animal. Em caso de aparecimento de lesões suspeitas (manchas/irritações cutâneas ou prurido), devem consultar um médico.

Todas as instruções (terapêuticas e profiláticas) foram redigidas em papel, que acompanhou o animal até ao Abrigo.

Admissão no Abrigo:

Uma vez que o estado geral do animal e o tipo e frequência de terapêutica eram compatíveis com a estadia no abrigo, foram realizados, ainda na sala de consulta, a desparasitação interna com um comprimido de milbemicina oxima (12,5 mg) e praziquantel (125 mg) e a externa com um comprimido de fluralaner 500 mg (Bravecto™), ficando estas registadas num boletim sanitário individual, assim como as datas das intervenções profiláticas seguintes: nova desparasitação interna em 14 dias e nova desparasitação externa em 12 semanas. A vacinação foi adiada para depois do tratamento.

A Vitória deu entrada no Abrigo (Canil da APAMG) no mesmo dia em que foi encontrada. A terapêutica médica e as medidas de profilaxia sanitária foram registadas no quadro de terapêuticas afixado na parede do Abrigo e visível a todos os voluntários, e foi realizada a primeira aplicação da solução de enilconazol, devendo esta ser realizada duas vezes por semana daí em diante.

Denúncia às autoridades:

Uma vez que não foi possível identificar prontamente o detentor, não foi formalizada a denúncia às autoridades. Com o intuito de o poder fazer, a APAMG iniciou, através das redes sociais, uma busca pelo detentor, colocando um apelo com fotografia do animal e um pedido de colaboração a quem detivesse alguma informação relativa ao mesmo.

Estadia no Abrigo:

Todos os procedimentos inerentes à estadia, isto é, os cuidados diários, o enriquecimento ambiental e a terapêutica prescrita, foram realizados uma vez por dia pelos diferentes voluntários encarregues da assistência ao Abrigo nesse dia.

• Alojamento e cuidados diários

Alojamento em canil individual em regime de isolamento, numa das extremidades das instalações cuja higienização era a última a ser realizada. Os banhos foram realizados dentro do canil com aplicação do produto com esponja descartada após a utilização. De seguida, o animal era levado para o corredor por um voluntário que o mantinha fixo através de interação (festas ou brinquedos de morder laváveis), enquanto outro voluntário procedia à desinfeção com lixívia e enxaguamento. A lavagem diária com detergente foi feita com o animal dentro do canil. Por fim, as últimas operações do dia eram a lavagem com detergente seguida de desinfeção com lixívia do corredor, a lavagem e desinfeção do EPI impermeável, o descarte das luvas, toucas e esponja num saco do lixo fechado e a lavagem adequada das mãos.

- **Comportamento animal**

O comportamento dócil com pessoas demonstrado pela Vitória no primeiro dia manteve-se, pelo que foi categorizada como tal: dócil/curiosa com pessoas. A avaliação do comportamento perante outros cães foi adiada para quando saísse do regime de isolamento (cura micológica). O enriquecimento ambiental foi realizado através da interação diária com os voluntários durante 30 minutos e de diversos itens deixados no canil diariamente (mordedores, bolas, *kongs* e ossos de couro prensado).

- **Cuidados médico-veterinários**

As terapêuticas (sistémica, tópica e dietética) foram administradas conforme as instruções do Médico Veterinário. A ingestão de alimento, a consistência e cor das fezes, a existência ou não de vômito e a atitude do animal, monitorizadas diária e informalmente pelos voluntários antes de qualquer operação, mantiveram-se sempre normais (voluntários alertados para a possibilidade de efeitos adversos do itraconazol).

Evolução clínica:

Não foram detetadas alterações no apetite, ingestão de água e aparência das fezes ao longo do tratamento. Após 28 dias, os voluntários procederam à colheita de pelos conforme as instruções do Médico Veterinário: com luvas estéreis, escovar todo o animal com uma escova de dentes suave e nova (acabada de sair da embalagem) pelo menos 30 vezes, incluindo a face e membros, colocar a escova num saco de plástico novo com fecho hermético e levá-lo à clínica sem o expor ao calor. A amostra foi identificada e enviada no mesmo dia para laboratório (DNATech®) para cultura micológica. Foi comunicado ao Médico Veterinário que, à data, o número e a dimensão das lesões de pele tinham diminuído consideravelmente, com apenas 4 zonas de alopecia visíveis (duas na face, uma no membro anterior esquerdo e uma no membro posterior esquerdo), com diâmetros entre 0,5 e 0,8 cm (sem registo fotográfico), mas sem sinal de descamação, destacamento dos pelos ou eritema; todo o pelo se apresentava mais forte e brilhante; a condição corporal tinha melhorado (ossos pélvicos menos salientes e aumento de peso para 13,9 kg). A dose de itraconazol não foi alterada, por ainda se encontrar dentro do intervalo de referência de 5 a 10 mg/kg (Plumbs, 2015a).

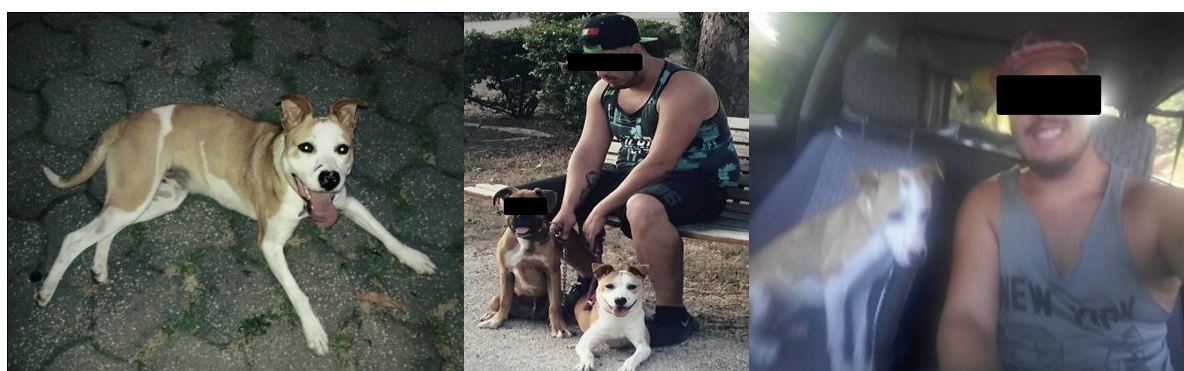
O envio de pelos para cultura micológica voltou a repetir-se aos dias 35 e 42 do tratamento. Nesta altura foi comunicado ao Médico Veterinário já não haver qualquer zona de alopecia ou descamação. Nos dias 42 e 49 foram recebidos os resultados da primeira e segunda cultura, respetivamente, com ambos os resultados negativos. Por haver cura micológica, o tratamento e o período de isolamento cessaram ao dia 49 (o resultado negativo da terceira amostra confirmou este diagnóstico). Nesta altura, procedeu-se à vacinação com a primeira dose de vacina viva atenuada polivalente contra CPV, CDV, CAV-2 e CPI.

O peso estabilizou durante as últimas três semanas de tratamento (pesos entre 14,450 kg e 14,5 kg), pelo que o ganho de peso final foi de 2,2 kg, a percentagem de peso perdido foi cerca de 15% ($2,2 \text{ kg} \div 14,5 \text{ kg}$) e a percentagem de peso ganho foi cerca de 17% ($2,2 \text{ kg} / 12,3 \text{ kg}$). A OVH teve lugar duas semanas após o fim do tratamento e a vacinação de reforço duas semanas após a cirurgia.

Descoberta do detentor:

Durante a estadia no Abrigo, o detentor da Vitória foi encontrado pelos voluntários da APAMG, por intermédio das redes sociais, através de fotografias colocadas nesta plataforma pelo próprio mostrando-o a ele ao lado do animal (Figura 22).

Figura 22. Fotografias colocadas pelo detentor na rede social Facebook



(Gentilmente cedidas por APAMG)

O detentor era, afinal, e para surpresa da APAMG, o indivíduo que alegava tê-la encontrado desorientada na rua. Quando confrontado com a verdade, acabou por admitir ser o dono da cadela desde os dois meses de idade. Segundo ele, a Vitória (nome dado pela APAMG) tinha 1 ano e 2 meses de idade quando a entregou e estaria a ser acompanhada num CAMV devido ao problema dermatológico que demonstrava. Uma vez insatisfeito com a não resolução rápida e económica do problema de pele, decidiu entregá-la a uma associação zoófila para depois, quando estivesse totalmente recuperada, a poder “adotar”. Para confirmar a alegação de que teria recorrido a assistência médico-veterinária, a APAMG contactou o CAMV implicado, que confirmou a ida daquele animal e respetivo detentor às suas instalações.

Por ter entregue o seu animal de estimação de forma tão pronta e despreocupada, a associação decidiu não devolver o animal. Como o animal não estava devidamente identificado e registado, e não sendo possível provar que o mesmo lhe pertencia, o “detentor” não contestou a decisão. A opção de apresentação de denúncia às autoridades foi abandonada definitivamente.

Adoção:

A avaliação do comportamento (informal, pelos voluntários) com outros cães, machos e fêmeas, depois de sair do isolamento, revelou tratar-se de uma cadela sociável com ambos. No dia da vacinação de reforço, e já recuperada da OVH, foi colocada para adoção através de divulgação na *internet*. A Vitória continua no Abrigo, agora alojada com outra fêmea esterilizada, à espera de um dono.

5.1. Discussão:

Nos pequenos animais de companhia, a dermatofitose traduz-se numa infeção superficial cutânea provocada por fungos queratófilos. Os agentes patogénicos mais comuns nestes hospedeiros pertencem aos géneros *Microsporum* e *Trichophyton*. É uma doença cutânea importante por ser contagiosa, infecciosa e uma zoonose (Moriello, Coyner, Paterson & Mignon, 2017). Ainda não existe nenhum teste *gold-standard* para o diagnóstico de dermatofitose. Esta doença é diagnosticada utilizando uma série de exames complementares, sendo os mais utilizados a lâmpada de Wood e o tricograma para provar a existência de uma infeção cutânea ativa e a cultura de dermatófitos para identificar a espécie de fungo e monitorizar a resposta à terapêutica (Moriello *et al.*, 2017). Segundo Moriello *et al.* (2017), a maioria dos casos de infeção por *M. canis* resulta num exame com lâmpada de Wood positivo, contrariando a opinião de que só cerca 50% dos casos fluoresce. Uma vez confirmada a infeção ativa (pteridina, responsável pela fluorescência dos pelos, é um metabolito produzido na interação dermatófito-pelo) por um dermatófito do género *Microsporum* (únicos que produzem fluorescência), resolveu-se proceder de imediato à terapêutica, reservando as culturas micológicas para monitorização da resposta à terapêutica, devido a contenção de custos. Ademais, todas as espécies de dermatófitos têm semelhante suscetibilidade aos fármacos antifúngicos disponíveis atualmente, logo, a identificação específica do dermatófito não é estritamente necessária para a escolha da terapêutica (European Scientific Counsel Companion Animal Parasites [ESCCAP], 2011).

O itraconazol foi escolhido por ser um fármaco com eficácia demonstrada, relativamente seguro e com tempo de semivida longo na pele (Moriello *et al.*, 2017), que permite uma posologia compatível com a permanência no canil (SID). Uma vez que a sua absorção é maior num ambiente ácido (Plumbs, 2015a), foi salientada a necessidade de administração com o alimento. Por ser dispendiosa a administração da fórmula existente para gatos (solução 10 mg/ml em frasco de 52 ml), foi receitado o genérico de Medicina Humana (2 caixas de 28 cápsulas de 100 mg). Apesar de genérico e original não serem bioequivalentes, estudos farmacocinéticos provaram que o primeiro atinge os níveis terapêuticos no soro (Mawby, Whittemore, Genger & Papich, 2014). O itraconazol é um fármaco seguro em animais não gestantes, sendo a anorexia, consequente de toxicidade hepática, a reação adversa mais comum (Moriello *et al.*, 2017).

Por ser uma cadela jovem e que não demonstrou, ao longo do tratamento, qualquer alteração de comportamento ou sinal clínico, nunca foi realizado o doseamento de ALT, principal indicador de lesão hepática em cães.

Já a terapêutica tópica com enilconazol foi escolhida por ser muito eficaz e a de mais baixo custo e maior facilidade de aplicação em ambiente de Abrigo, em comparação com outros produtos também comumente utilizados como os champôs de miconazol/clorexidina (mais caros e necessidade de banho). A terapêutica tópica é importante em qualquer tratamento de dermatofitose (ESCCAP, 2011), mas em ambiente de Abrigo ela é imprescindível, porque é a única que permite reduzir imediata e continuamente a contaminação ambiental (UC Davis KSMP, 2015b).

A escolha de um alimento seco rico em salmão foi a forma mais simples e prática de corrigir eventuais carências nutricionais e, simultaneamente, fornecer maiores quantidades de ácidos gordos essenciais (AGE). Uma dieta rica em AGE resulta habitualmente numa melhoria da qualidade e brilho do pelo, no entanto, estes benefícios, caso existam, só se observam cerca de dois meses após o início da administração (Olivry *et al.*, 2010) e não podem ser correlacionados com a resolução da doença, que aconteceu em 49 dias.

As instruções de limpeza e desinfecção das várias superfícies, instrumentos e mãos (UC Davis KSMP, 2015b; Moriello, 2016; Moriello *et al.*, 2017) foram rigorosamente seguidas pelos voluntários. Geralmente, quando há uma limpeza frequente do Abrigo, uma separação razoável dos animais e uma boa saúde de grupo, os animais não ficam infetados após uma exposição mínima aos dermatófitos (UC Davis KSMP, 2015b). De facto, não surgiram quaisquer sinais clínicos noutros animais ou pessoas durante o curso da doença.

A resposta à terapêutica foi avaliada com recurso a culturas micológicas semanais sucessivas (3 no total). Em ambiente de Abrigo, esta forma de monitorização é eficaz em termos de custo porque consegue identificar um animal curado mais precocemente do que culturas menos frequentes, permitindo a pronta descontinuação das terapêuticas. Segundo Moriello *et al.* (2017), o uso de duas culturas micológicas negativas consecutivas como sinónimo de cura micológica e do número de unidades formadoras de colónias por placa (UFC/placa) como forma de rastreio e monitorização destas infeções é amplamente empregado em Abrigos. Neste caso, a interpretação do UFC/placa não foi necessária, visto que os resultados foram sempre negativos. No entanto, a UFC/placa é extremamente importante para discernir, por exemplo, um animal em clara recuperação ou transportador mecânico de esporos (1 a 4 UFC/placa) de um com infeção ativa (por exemplo, mais de 10 UFC/placa) (Moriello *et al.*, 2017). Não houve suspeita de se tratarem de falsos negativos porque (1) foram 3 resultados consecutivos, (2) coincidiram com a evolução do quadro clínico, (3) a técnica de recolha de pelos foi bem efetuada e (4) o laboratório de referência é um laboratório exclusivamente dedicado a Medicina Veterinária e, por isso, familiarizado com a técnica de inoculação a partir da escova de dentes (Moriello *et al.*, 2017).

A percentagem de peso perdido de 15% permitiu definir o ICC inicial em 2/9 (muito magra) (Reisman, 2013). Já a percentagem de peso ganho (17%) não permite afirmar que o animal foi exposto a um período de subnutrição ou negligência (Reisman, 2013).

Apesar de não ser possível, com cem por cento de certeza, identificar a causa primária da dermatofitose, colocou-se a hipótese de, pela fraca condição corporal, o animal estar imunologicamente fragilizado, o que terá levado ao despoletar da doença, depois de um contacto mais ou menos íntimo com o dermatófito. Infelizmente, não são conhecidas as circunstâncias epidemiológicas deste animal, nomeadamente se conviveu com algum animal infetado, especialmente gatos, a principal fonte de *M. canis* (Moriello *et al.*, 2017), ou se alguma pessoa da antiga casa manifestou sinais clínicos da doença (zoonose).

Existem vários estudos em cães que descrevem a ocorrência concomitante de dermatofitose e outras doenças (hiperadrenocorticism, leishmaniose, erliquiose, *diabetes mellitus* e demodectose) (Moriello *et al.*, 2017). Como não foram efetuadas quaisquer análises sanguíneas, não é possível excluir a presença de parasitas sanguíneos, mas é improvável, dado o quadro clínico e a resposta à terapêutica, que, caso existissem, contribuíssem de forma relevante para o desencadeamento da doença.

A rápida recuperação com a terapêutica de primeira linha e o peso ganho apenas com uma alimentação de qualidade são as duas razões que abonam a favor da hipótese formulada. A fraca condição corporal e a desistência tão pronta em providenciar os cuidados médico-veterinários por parte do detentor abonam, por sua vez, a favor da teoria de que a Vitória foi vítima de negligência.

6. Caso clínico 5 – Maria

A Maria é uma gata doméstica de pelo curto adulta encontrada dentro de um contentor do lixo sem identificação e trazida à consulta na Clivefar - Clínica Veterinária de Leiria pelos bombeiros voluntários que a resgataram.

Exame clínico:

O exame clínico foi realizado sem auxílio de ficha clínica e de forma mais ou menos informal, sem registo escrito ou fotográfico rigoroso da apresentação clínica do animal.

• Identificação

Felídeo fêmea de raça indefinida, pelo curto *blue point tabby* e cauda comprida. Não possuía *microchip*, tatuagem ou coleira que permitisse a sua identificação e/ou a do seu detentor. O Médico Veterinário assistente estimou a idade entre os 2 e os 5 anos (alguns dentes baços, ligeira placa bacteriana nos molares) e o estado reprodutivo como não esterilizada (ausência de cicatriz na região abdominal central ou lateral, sem corte de orelha esquerda).

- **História pregressa**

Gata encontrada, pelas 9:00 h da manhã, dentro de uma mochila fechada que por sua vez foi colocada dentro de um contentor de lixo subterrâneo do concelho e cujos miados foram ouvidos por uma pessoa que colocava o seu lixo no mesmo contentor. Por este contentor estar localizado muito próximo do quartel dos Bombeiros Voluntários, a pessoa pediu auxílio aos mesmos, que a resgataram prontamente. O animal foi levado ainda dentro da mochila para o quartel onde acabou por ser retirado e colocado em caixa de cartão, sendo de imediato conduzido por dois operacionais à clínica veterinária (Figura 23).

Figura 23. Mochila tal como foi retirada do contentor (esquerda), 'Maria' no momento em que foi retirada (centro) e a mochila já vazia (direita)



(Gentilmente cedidas por APAMG)

- **Exame físico**

No exame físico, não foram detetadas alterações. O pelo estava limpo, a pele estava normal, não foram encontrados vestígios de pulga e o ICC era ideal (5/9; 4,3 kg). Durante todo o exame, e ao contrário do que se previa após um evento perturbador, a gata mostrou um comportamento calmo, sociável e carente (cauda ao lado, miados, turras e ronronar constantes), compatível com comportamento de cio.

Admissão no Abrigo:

Por não haver possibilidade de acolhimento por parte das pessoas que resgataram o animal e o seu estado geral ser compatível com a estadia num Abrigo, a APAMG acedeu ao pedido de acolhimento. Foram, por isso, acionados os procedimentos necessários à sua admissão:

1. Teste rápido FIV/FelV - negativo para ambos;
2. Vacinação (1ª dose) com vacina viva atenuada polivalente contra FCV, FHV-1 e FPV;
3. Desparasitação interna com 1 comprimido de milbemicina oxima (16 mg) e praziquantel (40 mg);
4. Desparasitação externa com *spot-on* de imidaclopride (80 mg);

5. Exame físico minucioso do pelo e pesquisa de *M.canis* com lâmpada de Wood – sem sinais clínicos e sem fluorescência.

As ações descritas foram registadas num boletim sanitário individual, assim como as datas das intervenções profiláticas seguintes: nova desparasitação interna em 14 dias, 1º reforço vacinal em 21 dias e nova desparasitação externa em 4 semanas. O Médico Veterinário assistente apontou a OVH para daí a 15 dias e a consulta de reavaliação e vacinação de reforço para daí a 28 dias, ambas a realizar na clínica veterinária. A Maria deu entrada no Abrigo (Gatil da APAMG) no mesmo dia em que foi encontrada e colocada na jaula individual de quarentena (Figura 24).

Figura 24. Jaula individual de quarentena com separação física das salas de alojamento em grupo

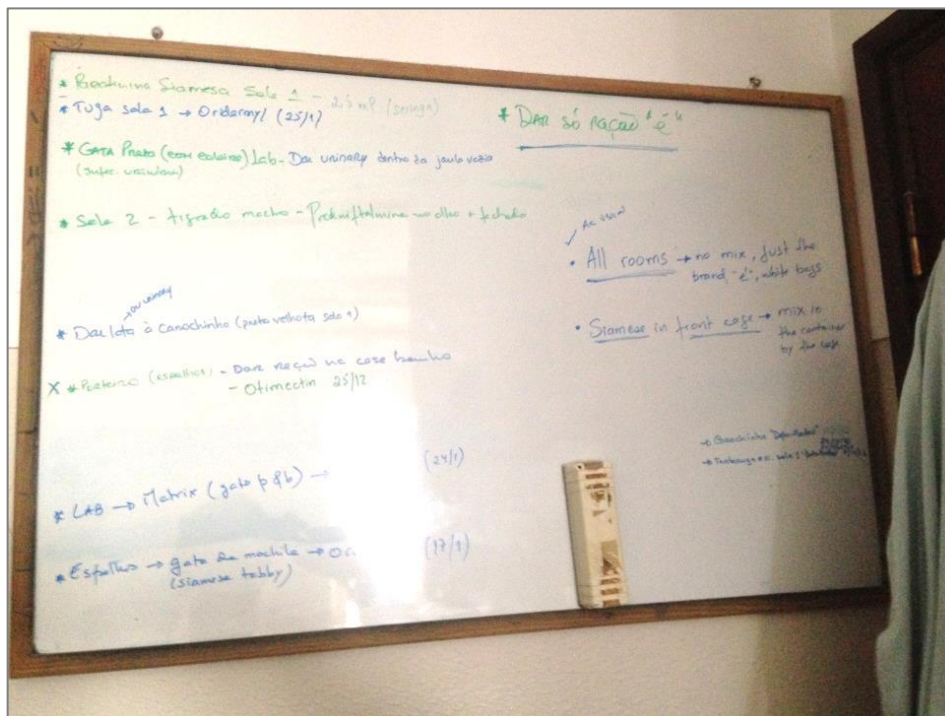


(Original)

Nota: Apesar de estar ao nível do chão, contém poleiro e espaço para separação das restantes áreas.

A data de admissão, fim de quarentena e OVH, assim como o nome e origem da gata foram inscritos no quadro de terapêuticas afixado na parede do Abrigo e visível a todos os voluntários (Figura 25).

Figura 25 Quadro de terapêuticas (e avisos) do Abrigo



(Original)

Denúncia às autoridades:

Devido à ausência de identificação do animal e de testemunhas do sucedido (levantamento realizado pelos dois operacionais do corpo de bombeiros e, mais tarde, por dois voluntários da APAMG, nas imediações do local do evento), não foi formalizada a denúncia às autoridades. Por ser claro que a gata tinha dono (muito sociável com pessoas, mesmo após um acontecimento traumatizante) e que foi colocada intencionalmente dentro da mochila e do contentor, a APAMG iniciou, através das redes sociais, uma busca pelo detentor e eventuais testemunhas, colocando um apelo com fotografia do animal e um pedido de colaboração a quem detivesse alguma informação relativa ao mesmo. Todavia, não foi possível obter qualquer informação adicional, pelo que a denúncia nunca se materializou.

Estadia no Abrigo:

Os cuidados diários de alimentação, abeberamento e higiene do Gatil são realizados, uma vez por dia, pelos diferentes voluntários encarregues da assistência ao Abrigo nesse dia. O enriquecimento ambiental é conseguido através de estruturas permanentes, como arranhadores, prateleiras e esconderijos, de brinquedos renovados ocasionalmente e de interação diária com os voluntários.

- **Alojamento e cuidados diários**

Após uma semana do reforço vacinal realizado aos 21 dias, por não haver qualquer sinal clínico sugestivo de doença infecciosa, foram apresentadas à Maria as diferentes salas de alojamento em grupo (5 salas no total) ao longo de vários dias e observado o seu comportamento e o dos gatos residentes. Tornou-se claro qual a sala onde se mostrou mais à vontade (sala 4), tendo sido transferida da jaula de quarentena para essa sala no 35º dia de estadia (Figura 26).

Figura 26. Sala 4: Maria integrada no grupo (em cima), disposição dos comedouros e bebedouros (esquerda, em baixo) e dos caixotes (direita, em baixo)



(Original)

Nota: as jaulas observadas na primeira imagem servem de alojamento temporário a gatos mais tímidos e que requerem um período de integração pós-quarentena mais longo ou a machos jovens ainda não castrados.

- **Comportamento animal**

O comportamento sociável observado inicialmente manteve-se, tanto com os coabitantes como com as pessoas. A Maria demonstrou ser uma gata calma, curiosa e carente que interagia saudável e afetuosamente com os voluntários.

- **Cuidados médico-veterinários**

Durante a quarentena no gatil individual, a ingestão de alimento, a consistência e cor das fezes, a existência ou não de vômito e a atitude do animal foram monitorizadas diária e informalmente pelos voluntários antes de qualquer operação, sendo os problemas detetados comunicados de imediato ao Médico Veterinário assistente. Neste período, não foram observados diarreia, parasitas nas fezes ou vômitos, apenas fezes pouco moldadas e baixa ingestão de alimento nos primeiros 3-4 dias.

Ao 14º dia de estadia, foi realizada nova desparasitação interna (mesmo produto). No dia seguinte (dia 15), a Maria foi levada à clínica veterinária em jejum de 6 h para OVH eletiva (ausência de comportamento de cio), com a finalidade de ingressar o alojamento em grupo e, simultaneamente, estar apta para futura adoção. Foi feita cobertura antibiótica com enrofloxacina (5 mg/kg SC); analgesia com buprenorfina (0,02 mg/kg) e indução e manutenção anestésica com medetomidina (0,02 mg/kg) e quetamina (5 mg/kg) numa única injeção IM; tricotomia e preparação assética da região abdominal; laparotomia com incisão na linha média ventral e OVH; sutura contínua dos músculos abdominais e sutura intradérmica da pele com fio reabsorvível (sem necessidade de retirar pontos); analgesia pós-cirúrgica com meloxicam (0,2 mg/kg SC). A gata foi colocada novamente no Abrigo no mesmo dia, depois de se encontrar completamente consciente. A medicação oral necessária para analgesia e cobertura antibiótica, cuja administração ficou a cargo dos voluntários, e a sua posologia foram inscritas no quadro de terapêuticas: 1 comprimido de robenocoxib 6 mg por via oral de 24 em 24 h durante dois dias e ½ comprimido de enrofloxacina 50 mg por via oral de 24 em 24 h durante 5 dias.

No dia 21, a gata visitou novamente a clínica para reavaliação clínica (fase final da cicatrização da ferida cirúrgica e bom estado-geral) e administração da 2ª dose da mesma vacina (averbado no boletim).

Adoção:

Uma vez realizada a OVH e cessada a quarentena (dia 28), a Maria foi colocada para adoção responsável como gata exclusivamente de interior através de divulgação na *internet*. A adoção concretizou-se aos 58 dias de estadia mediante o preenchimento de um contrato de adoção com termo de responsabilidade.

6.1. Discussão:

Os procedimentos descritos para admissão e estadia no Abrigo, a quarentena e os intervalos de tempo entre vacinações e OVH/castração refletem a atuação padrão da associação.

O alojamento em grupo de mais de 3 gatos por divisão é desaconselhado pela EABCD (Möstl *et al.*, 2013). No entanto, as salas do Gatil são grandes, arejadas (todas com uma ou duas janelas) e apenas contêm gatos saudáveis, testados e vacinados, pelo que o risco de transmissão de doenças infecciosas é aceitável. Prova disso é o facto de não haver nenhum surto ou doença endémica no Gatil desde que, há 5 anos atrás, foi implementada a política de admissão exclusiva a animais testados e vacinados.

Este caso foi um exemplo claro de maus-tratos: a Maria foi abandonada e simultaneamente colocada intencionalmente em grande risco de sofrimento e de vida. O facto de ter escapado incólume à situação não retira gravidade ao ato perpetrado. No entanto, o desconhecimento da lei e dos trâmites legais, a pressa em retirar o animal do local (mesmo quando já está sinalizado e fora de perigo), a investigação realizada por pessoas a quem não compete fazê-lo e a falta de identificação eletrónica do animal, aspetos presentes em quase todos os resgates, conduzem, inevitavelmente, a um desfecho semelhante ao deste caso: nenhuma punição.

7. Caso clínico 6 – Salvador

O Salvador é um cão jovem de raça Braco Alemão encontrado numa zona de mato e pinhal sem identificação, resgatado pelo SEPNA e MVM, entregue aos cuidados do CRO da Nazaré (que colabora com a associação zoófila GRUVA) e acompanhado na Clivefar - Clínica Veterinária de Leiria.

Apesar de não ter despoletado uma investigação criminal pelas entidades competentes, o caso a seguir apresentado foi abordado como tal, com a documentação escrita e fotográfica efetuadas como parte de uma formação, de estilo informal, aos voluntários e Médicos Veterinários assistentes sobre como proceder perante um caso de suspeita de maus-tratos.

Exame clínico:

O exame clínico foi realizado com auxílio de ficha clínica e de forma rigorosa, com registo escrito e fotográfico da apresentação clínica do animal. A mesma ficha clínica foi atualizada sempre que se realizou algum procedimento (p. ex. desparasitação e vacinação).

• Identificação

Canídeo macho de tipo Braco Alemão, porte médio/grande, pelagem curta e lisa castanha escura (mais tarde retificada para castanha, com salpicos brancos no peito e membros) com cauda comprida. O Médico Veterinário assistente estimou a idade em cerca de 1 ano

(dentição definitiva completa, dentes brancos e limpos à exceção do canino superior direito e sem desgaste) (Figura 27) e o estado reprodutivo como fértil (presença de testículos).

Figura 27. Estado da dentição para estimativa da idade

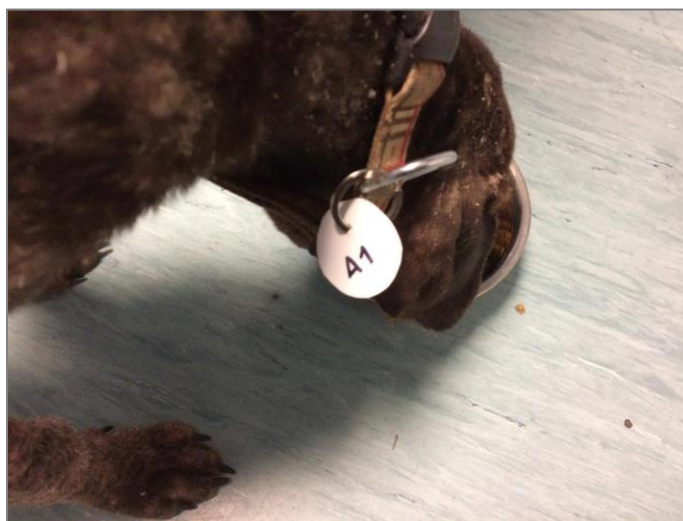


(Original)

- **Sinalização**

Hipoteticamente, foi-lhe atribuído o código de identificação A1, correspondendo o A ao local onde foi encontrado (zona de mato e pinhal da Quinta Nova, Freguesia de Nazaré) e o número 1 à ordem de processamento (neste caso, o primeiro e único animal encontrado), tendo sido colocada uma coleira com medalha de identificação (Figura 28).

Figura 28. Coleira com medalha de identificação A1



(Original)

- **História Pregressa**

Cão encontrado por um transeunte durante uma caminhada numa zona de mato e pinhal remota, distante de qualquer zona habitacional, na Freguesia de Nazaré, que contactou de imediato as autoridades competentes dado o estado do animal. O SEPNA e o MVM deslocaram-se ao local, onde chegaram já ao anoitecer e documentaram fotograficamente o animal, assim como o local e as condições onde este se encontrava (Figuras 29 e 30).

Figura 29. Animal no local e na posição em que foi encontrado (posição inalterada até ser-lhe oferecido alimento)



(Gentilmente cedido pelo Médico Veterinário Municipal)

Figura 30. Animal depois de serem oferecidos alimento e água^(a)



(Gentilmente cedido pelo Médico Veterinário Municipal)

(a) animal comeu e bebeu avidamente, apesar de não ter ficado registado em vídeo ou por escrito

Uma vez não detetada a presença de identificação (*microchip*, coleira ou tatuagem), e na impossibilidade de chegarem ao detentor, as autoridades competentes, apesar de julgarem óbvios os sinais de maus-tratos, nomeadamente o abandono/negligência, não prosseguiram com os trâmites legais necessários à possível investigação criminal.

O animal foi levado pelo SEPNA até ao CRO do Município da Nazaré, onde o MVM o observou brevemente e decidiu, dado o seu estado e os recursos disponíveis no CRO, a sua transferência para o CAMV. A GRUVA, por ser uma associação que colabora com o CRO, responsabilizou-se pelo transporte do animal até à clínica. Devido à hora tardia, o animal pernitoou no CRO, onde lhe foram providenciados alimento, água e abrigo confortável. O Salvador apresentou-se então à consulta na manhã do dia seguinte acompanhado dos voluntários da associação que relataram um episódio de vômito com conteúdo alimentar ocorrido durante a noite e outro durante o transporte.

- **Exame físico**

O exame físico foi realizado com recurso a ficha clínica para orientação e registo de todos os achados clínicos normais e anormais. A documentação fotográfica só foi possível dois dias após o início da hospitalização, pelo que os achados clínicos se encontram ligeiramente atenuados, face ao encontrado no primeiro dia. Ainda assim, o exame físico será apresentado pela ordem teoricamente correta.

A primeira etapa deve ser a documentação fotográfica do animal composta por 5 vistas de corpo inteiro (Figura 31).

Figura 31. Documentação fotográfica do animal composta por 5 vistas de corpo inteiro com quadro de identificação incluído em todas as imagens (de frente, lateral esquerda, lateral direita, de trás e dorsal)



(Original)

De seguida, deve proceder-se ao exame físico propriamente dito, documentando fotograficamente/em vídeo todos os achados clínicos relevantes.

No exame físico foram encontradas as seguintes alterações (achados anormais):

- Prostrado e pouco responsivo a estímulos, mas consciente, sendo o seu comportamento perante as pessoas difícil de avaliar, todavia registado como tímido e dócil, uma vez que nunca ofereceu qualquer resistência à manipulação;
- Pirexia (39,9°C – temperatura retal);
- ICC abaixo do ideal (nível 1 ou 2/9 – emaciado ou muito magro; 16,7 kg) (Figura 31);
- Nível de desidratação estimado em cerca de 8% devido a perda da elasticidade da pele (4 segundos para desfazer prega de pele), mucosas orais pegajosas, enoftalmia ligeira, taquicardia, mas pulso femoral forte e concordante;
- Relutância em mover-se, fraqueza nos membros posteriores, claudicação ligeira (sem ser possível identificar em qual membro) e articulações do carpo e tarso tumefactas e dolorosas à manipulação (Figura 32);
- Linfadenopatia generalizada com aumento ligeiro do tamanho e consistência dos linfonodos superficiais, especialmente os poplíteos, pré-escapulares e submandibulares;
- Múltiplos focos de alopecia por todo o corpo, sendo esta mais acentuada e quase ininterrupta (focos coalescentes) na região periocular, pavilhões auriculares, mento, região ventral do pescoço, do peito, do tórax e do abdómen, membros, zona interdigital e perineal (Figuras 32 - 39);
- Lesões cutâneas mais graves nos membros e região ventral do pescoço com edema, furunculose, crostas, tratos fistulosos com exsudação purulenta, focos de ulceração (0,5 – 1 cm de diâmetro), descamação e liquenificação (apenas na região ventral do pescoço); presença de pápulas, pústulas foliculares, colaretes epidérmicos e eritema nas restantes áreas de alopecia (Figuras 32 - 39);
- Edema e eritema interdigital com dor à manipulação (Figura 32);
- Excesso de secreção ceruminosa, prurido e dor nos ouvidos (coça e abana a cabeça, furta-se ao exame otoscópico), odor característico de infeção;
- Odor intenso e nauseabundo da pele;
- Seborreia seca intensa nas regiões com pelo (Figura 39);
- Grande infestação por pulgas;
- Prurido intenso generalizado, episódios prolongados.

Figura 32. Articulações do carpo e tarso tumefactas; edema e eritema interdigital mais acentuados nos membros posteriores



(Original)

Figura 33. Alopécia na região periocular e mento



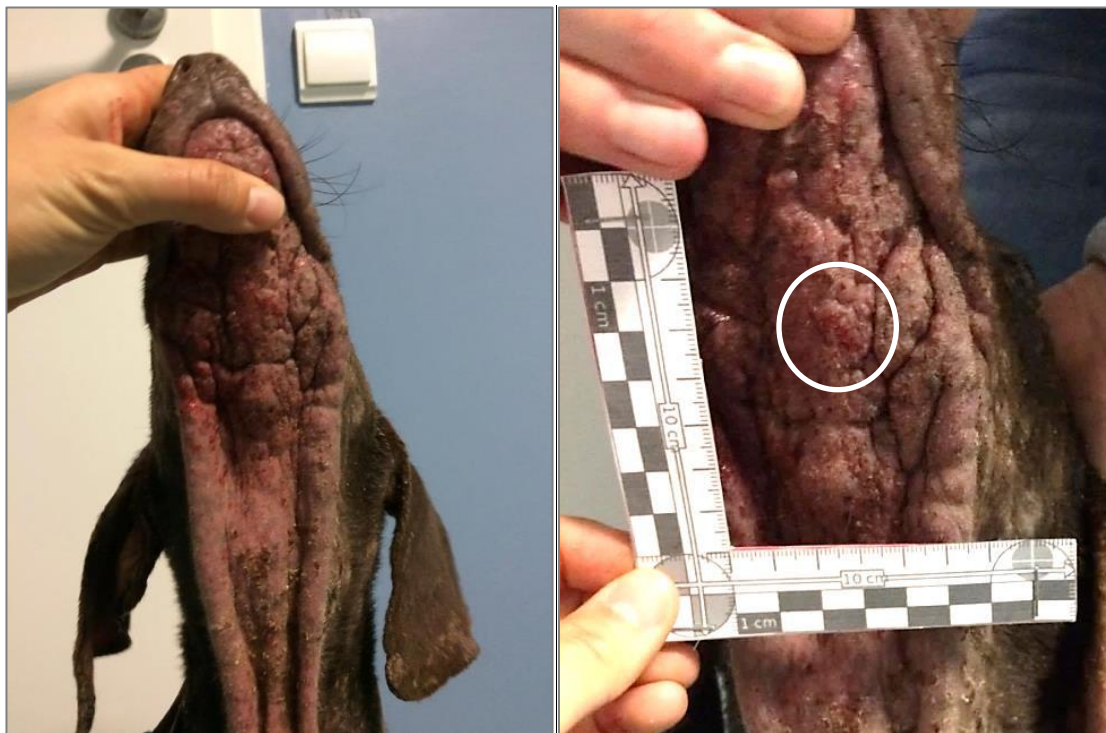
(Original)

Figura 34. Múltiplos focos de alopecia por todo o corpo; eritema e seborreia seca



(Original)

Figura 35. Alopecia do mento e região ventral do pescoço com eritema, liquenificação, pápulas, pústulas, colaretes epidérmicos e focos de ulceração (esquerda) e vista de pormenor com escala para dimensionar ulceração (1 cm de diâmetro) (direita)



(Original)

Figura 36. Pavilhão auricular com alopecia, eritema, pústulas, colaretes epidérmicos e crostas



(Original)

Figura 37. Alopecia do peito, superfície ventral do corpo e membros; edema, furunculose, crostas, tratos fistulosos com exsudação purulenta, focos de ulceração (0,5 – 1 cm de diâmetro) e descamação



(Original)

Figura 38. Alopecia do membro anterior direito com eritema, pústulas e escoriações (esquerda) e vista de pormenor com escala para dimensionar erosão (1 x 0,5 cm) (direita)



(Original)

Figura 39. Focos de alopecia e seborreia seca (em cima) e vista de pormenor com escala para dimensionar focos de alopecia (entre 0,5 – 2 cm diâmetro) (em baixo)



(Original)

1. Diagnósticos diferenciais

1. Leishmaniose
2. Demodecose
3. Sarna sarcóptica
4. Processo auto-imune

Qualquer um destes diagnósticos estaria sempre associado a piodermite e/ou dermatite a *Malassezia* secundárias.

2. Plano de diagnóstico

1. Avaliação da dor com o formulário curto da escala composta de Glasgow para medição de dor aguda em cães – pontuação de 12/24;
2. Oferta de uma pequena quantidade de alimento seco para detetar anorexia/náusea que explicassem os vômitos reportados na história pregressa – animal mostrou apetite (comeu tudo) e não vomitou;
3. Otoscopia com observação de eritema, excesso de secreção ceruminosa e presença de exsudado purulento no canal auditivo externo, sem rutura da membrana timpânica (confirmado após limpeza do canal), sem sinais neurológicos – otite externa bilateral;
4. Teste rápido imunocromatográfico para deteção de anticorpos anti-*Leishmania infantum* (Speed Leish K® Virbac) – negativo.
5. Raspagem profunda da pele, acompanhada de extrusão folicular, em 4 locais com alopecia até haver hemorragia capilar para deteção de ácaros *Demodex canis* após observação ao MO com óleo mineral – positivo (Figura 40).
6. Citologia por aposição de zaragatoa da porção horizontal do canal auditivo externo com coloração *Diff Quick* para confirmação de infeção bacteriana e por *Malassezia* após observação ao MO – inconclusivo.
7. Citologia pela técnica da fita adesiva de zona alopecica com exsudado com coloração *Diff Quick* para confirmação de infeção bacteriana e por *Malassezia* – inconclusivo.

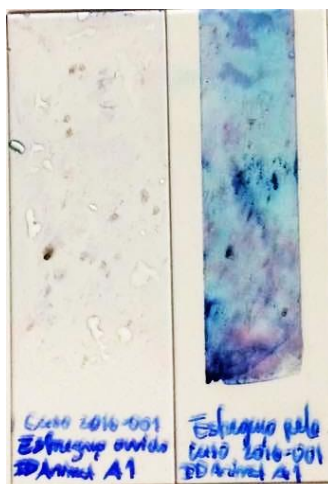
Figura 40. Exemplo de *D. canis* adulto (azul) e ovo (amarelo) presentes no material de raspagem e observados ao MO (x100)



(Original)

Todos os exames complementares foram registados na ficha clínica, assim como os seus resultados. Foi realizada a documentação fotográfica do esfregaço positivo a *D. canis* e descartada a lâmina por dificuldade de conservação. As lâminas de citologia foram identificadas com número de caso, identificação do animal e breve descrição do conteúdo para eventual conservação (provas), em local seguro, mimetizando o procedimento padrão numa investigação criminal (Figura 41).

Figura 41. Lâminas de citologia identificadas para posterior conservação



(Original)

Diagnóstico:

O diagnóstico foi registado na ficha clínica do animal: demodicose generalizada com piodermite bacteriana secundária e otite externa bilateral. A causa primária de imunodepressão e consequente aparecimento do quadro lesional não foi identificada, ficando a aguardar-se a resposta do animal às terapêuticas médica e dietética adequadas para formular a hipótese mais provável.

Terapêutica:

1. Terapêutica médica:

- a. Um comprimido de afoxolaner de 68 mg (NexGard® Merial 10-25 kg) mensalmente até ausência de sinais clínicos e durante, pelo menos 3 meses (A administração foi realizada no 2º dia de hospitalização, quando houve certeza da ausência de vômito), sendo a dose aumentada para um comprimido de 136 mg de afoxolaner se o animal ultrapassar os 25 kg;
- b. Cefalexina na dose de 10 mg/kg SC SID enquanto existir vômito, passando depois a 30 mg/kg (equivalente a ½ comprimido de 1000 mg) PO BID até nova indicação do Médico Veterinário;
- c. Banhos com champô de ação anti-seborreica e antimicrobiana com peróxido de benzoílo e ácido salicílico (Sepiderma® Medinfar-Serológico) duas vezes por semana até nova indicação do Médico Veterinário;
- d. Limpeza dos canais auditivos externos com solução ceruminolítica/adstringente/antisséptica (Otoclean® Ecuphar);
- e. Aplicação de uma dose (1 ml) de suspensão de gotas auriculares com hidrocortisona, miconazol e gentamicina (Easotic® Virbac) em cada ouvido (previamente limpo e seco com algodão), SID, até não haver sinais clínicos (exsudado purulento e/ou inflamação).

2. Terapêutica dietética: alimento seco comercial rico em ômega 3 e 6 (salmão como principal ingrediente - Advance® Sensitive) numa dose diária inicial correspondente ao limite inferior da dose recomendada para cão de 10-20 kg e com nível baixo de atividade (cerca de 225 g - 893 kcal); dose diária é aumentada gradualmente à medida que o animal ganha peso.

3. Terapêutica de suporte (durante o internamento – 8 dias):

- a. Meloxicam na dose de 0,2 mg/kg SC SID enquanto houver pirexia;
- b. Ranitidina na dose de 2 mg/kg e metoclopramida na dose de 0,5 mg/kg, SC, BID, enquanto existir vômito;
- c. Fluidoterapia com solução polieletrólítica com glucose (Esterofundina A-G® Braun) com taxa de infusão de 100 ml/h durante as primeiras 24 horas; a taxa de infusão é corrigida de acordo com o estado de desidratação e perdas (vômito).
- b. Desparasitação interna com um comprimido de milbemicina oxima (12,5 mg) e praziquantel (125 mg).

A terapêutica foi registada detalhadamente na ficha clínica, assim como na ficha de internamento.

Evolução clínica:

Não houve mais nenhum episódio de vômito desde que o alimento começou a ser racionado e o apetite nunca desapareceu, pelo que se concluiu que o vômito apresentado no dia do resgate e durante o transporte para a clínica se deveu à repleção exagerada do estômago e náusea da viagem, respetivamente. Por isso, a administração de ranitidina e metoclopramida foi cessada ao 2º dia de tratamento. A pirexia também cessou ao 2º dia, pelo que a administração de meloxicam foi interrompida nesse dia. A administração de cefalexina por via SC manteve-se durante toda a hospitalização (8 dias) por ser mais prática (SID em vez de BID). A mesma fluidoterapia foi mantida no 2º dia com uma taxa de infusão mais baixa (50 ml/h) e cessada ao 3º dia por não haver vômitos, haver apetite, ingestão de água e produção de urina normais. Não foram observados parasitas intestinais nas fezes.

A dose diária foi gradualmente aumentada até 275 g/dia (1090 kcal) ao 8º dia de tratamento. O primeiro banho foi realizado no primeiro dia e, novamente, ao 3º dia de tratamento. O prurido diminuiu após o banho e cessou ao 4º dia. A inflamação e presença de material nos ouvidos foram extinguidas ao 7º dia de tratamento e, por isso, tomou-se a decisão de não continuar com a terapêutica tópica porque as causas (primária – demodectose, secundária – infecção bacteriana) continuariam a ser tratadas por via sistémica. Ao fim de 8 dias de hospitalização (dia 8 do tratamento), foi-lhe dada alta clínica por escrito.

Admissão no Abrigo:

Uma vez que o estado geral do animal e o tipo e frequência de administração terapêutica eram compatíveis com a estadia no abrigo, foi realizada a vacinação (1ª dose) com vacina viva atenuada polivalente contra CPV, CDV, CAV-2 e CPi, último procedimento necessário para a admissão. A vacinação e desparasitações (realizadas anteriormente a título terapêutico) foram registadas num boletim sanitário individual, assim como as datas das intervenções profiláticas seguintes: desparasitação interna no 15º dia de tratamento, 1º reforço vacinal e desparasitação externa no 28º dia de tratamento. O Médico Veterinário assistente marcou a primeira consulta de reavaliação para o 23º dia de tratamento (dentro de 15 dias) na clínica veterinária.

O Salvador deu entrada no Abrigo (CRO do Município da Nazaré) ao 8º dia de tratamento. As terapêuticas médica e dietética foram registadas no quadro de terapêuticas afixado na parede do Abrigo e visível a todos os voluntários e funcionários.

Estadia no Abrigo:

Todos os procedimentos inerentes à estadia, isto é, os cuidados diários, o enriquecimento ambiental e a terapêutica prescrita, foram realizados uma vez por dia pelos diferentes voluntários ou funcionários encarregues da assistência ao Abrigo nesse dia.

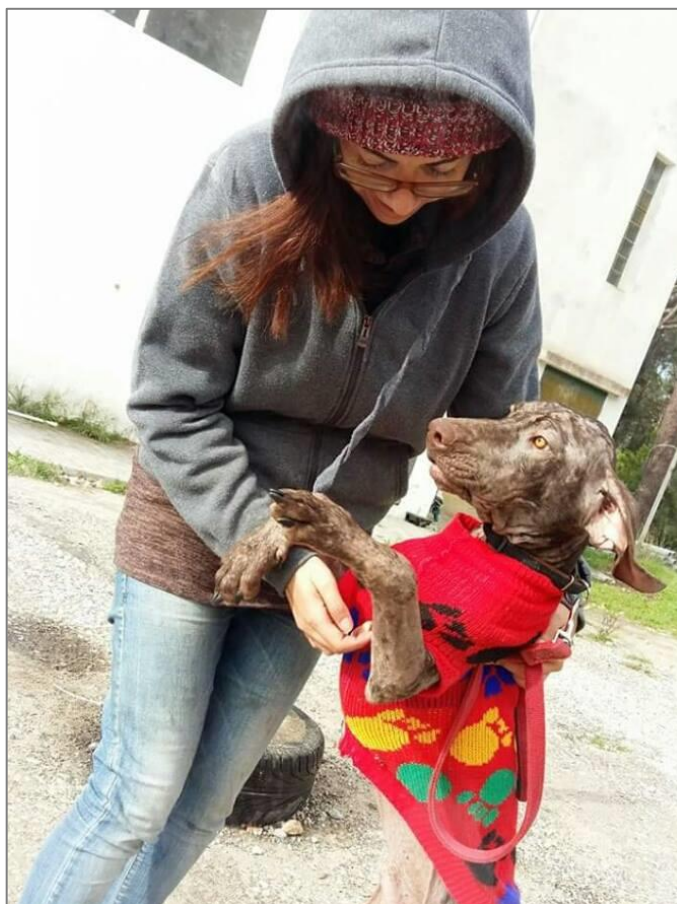
- **Alojamento e cuidados diários**

Alojamento em canil individual em regime de isolamento, por não haver certeza quanto à eficácia da vacina realizada (estado geral debilitado), até uma semana após o 1º reforço vacinal. Durante o período de isolamento, o seu alojamento foi limpo em primeiro lugar e houve restrição de contacto com outros animais e espaços comuns. No entanto, foram realizados pequenos passeios à trela nas imediações do CRO (zona de pinhal denso) durante a higienização do seu canil. As operações diárias de limpeza, de renovação do alimento seco e água foram realizadas, uma vez por dia, pelos voluntários ou funcionários.

- **Comportamento animal**

À medida que o estado geral do animal foi melhorando, o seu comportamento para com pessoas revelou-se extremamente dócil, carente e submisso, pelo que foi classificado como sociável/tímido (Figura 42). O comportamento perante outros cães só seria avaliado após o período de isolamento.

Figura 42. Comportamento dócil e carente para com uma voluntária durante um dos passeios à trela



(Gentilmente cedida por GRUVA)

- **Cuidados médico-veterinários**

A ingestão de alimento, a consistência e cor das fezes, a existência ou não de vômito e a atitude do animal foram monitorizadas diária e informalmente pelos voluntários, funcionários ou MVM antes de qualquer operação.

A administração de cefalexina de 12 em 12 h foi realizada, diariamente, pelos voluntários ou funcionários a horas pré-estabelecidas (8 h e 20 h). Os banhos foram realizados na sala de banhos do Abrigo. A dose diária de alimento seco foi, gradualmente, aumentada (sem grande rigor) à medida que a condição corporal melhorava (sem registo diário do aumento de peso). Foi realizada nova desparasitação interna (dia 15 do tratamento) e externa (dia 28 do tratamento) e 1º reforço vacinal com a mesma vacina pelo MVM (dia 28 do tratamento).

Evolução clínica:

Ao fim de uma semana no Abrigo (dia 15 do tratamento), o estado geral do animal apresentava várias melhorias: ausência de prurido, escoriações ou pústulas (Figura 43); ausência de linfadenomegália dos linfonodos superficiais; ausência de articulações tumefactas (Figura 43); diminuição da seborreia seca (Figura 44) e eritema (presente apenas nas zonas de maior atrito) (Figura 43 e 45); pelo mais forte e sedoso (Figura 44); pele mais lisa e macia, sem sinais de liquenificação (Figura 45); melhoria da condição corporal (sem registo de peso) (Figura 44).

Figura 43. Ausência de eritema ou pústulas; ausência de articulações tumefactas



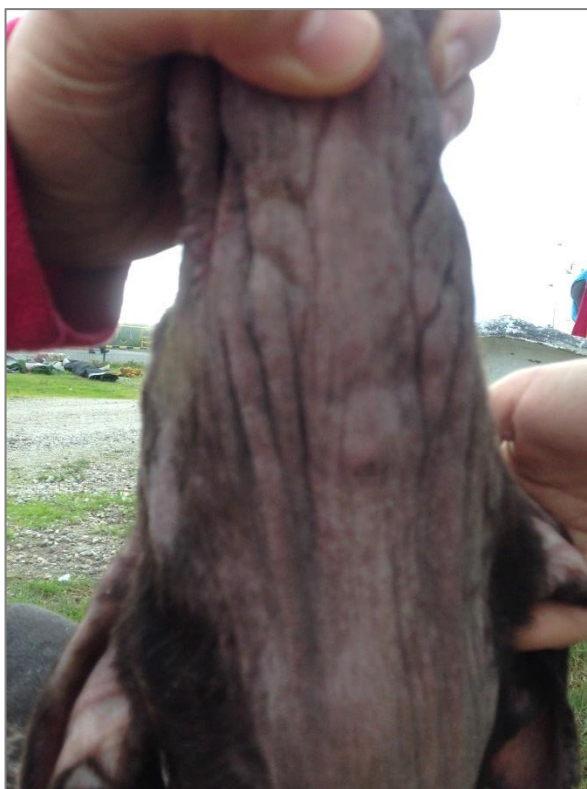
(Original)

Figura 44. Diminuição da seborreia seca; pelo mais forte e sedoso; melhoria da condição corporal



(Original)

Figura 45. Ausência de liquenificação na pele do mento e pescoço ventral; algum eritema



(Original)

No 23º dia de tratamento, o Salvador foi à consulta de reavaliação. As melhorias do estado do pelo, pele e condição corporal eram ainda mais visíveis: ausência de eritema e crescimento de pelos novos nas zonas de alopecia (Figura 46); ICC estimado em nível 2/9 e

peso de 19,8 kg (ganho de peso em 23 dias = 3,1 kg) (Figura 47). A antibioterapia e os banhos foram cessados, com base na informação transmitida pelo MVM de que os sinais clínicos já haviam desaparecido há 7 dias atrás. A dose diária de alimento foi corrigida para 370 g (limite inferior da dose para cão 20-30 kg e média atividade, equivalente a 1469 kcal).

Figura 46. Aspeto da pele e do pelo na consulta de reavaliação



(Original)

Figura 47. Condição corporal mais próxima do ideal



(Original)

Adoção:

Ao 35º dia de tratamento (7 dias após a revacinação), o Salvador foi colocado para adoção através de divulgação na *internet*. A adoção aconteceu apenas 5 dias depois do apelo (dia 40 de tratamento) mediante aplicação de *microchip*, administração da vacina antirrábica e contrato de adoção com termo de responsabilidade. Os donos foram informados de que era desconhecido o comportamento com outros cães. O peso final atingido foi de 30 kg (sem precisão da data em que foi atingido). Uma vez que existia uma desidratação de 8% na apresentação inicial, o peso após reidratação seria aproximadamente 18 kg (estimado), pelo que o ganho final foi cerca de 12 kg, a percentagem perdida cerca de 40% ($12 \div 30$ kg) e a percentagem ganha cerca de 72% (12 kg / $16,7$ kg).

O Salvador recuperou totalmente e é um excelente cão de companhia e muito sociável com pessoas e outros cães (Figura 48).

Figura 48. Salvador na sua nova casa



(Gentilmente cedidas por novo detentor)

7.1. Discussão:

Os sinais clínicos, em simultâneo com o resultado positivo da raspagem a *D. canis*, levaram ao diagnóstico de demodecose associada a piodermite bacteriana secundária (Mueller Bensignor, Ferrer, Holm, Lemarie, Paradis *et al.*, 2012).

A demodecose canina traduz-se numa dermatite resultante da multiplicação exagerada de ácaros do género *Demodex* na pele dos cães, mais frequentemente *D. canis*. Estes ácaros são considerados como parte normal da microfauna cutânea do cão e transmitidos da mãe para as crias nos primeiros dias de vida. Apesar de poder ocorrer transmissão por contacto direto, a doença não é considerada contagiosa, pois pensa-se que só os animais com o sistema imunitário comprometido, por doença subjacente ou defeito genético, desenvolvem demodecose (European Scientific Counsel Companion Animal Parasites [ESCCAP], 2016).

Em animais jovens, o endoparasitismo, a subnutrição e a debilitação podem conduzir a um estado imunocomprometido que favorece a proliferação do ácaro e o desenvolvimento da doença (Mueller *et al.*, 2012). De facto, a subnutrição grave apresentada pelo Salvador pode explicar o quadro clínico apresentado e foi, aliás, tida como causa e não como efeito da doença. Para esta hipótese contribuíram a presença de apetite desde o primeiro dia e o ganho de peso constante. No entanto, ainda não existem estudos que provem a relação de causa-efeito entre estes fatores e a demodecose (Mueller *et al.*, 2012) e, na maior parte dos casos, não é possível determinar a causa primária (ESCCAP, 2016).

A demodecose canina é dividida nas formas localizada, quando existem até 4 lesões com diâmetros iguais ou inferiores a 2,5 cm, e generalizada, quando as lesões são mais numerosas e extensas (Mueller *et al.*, 2012). O quadro clínico do Salvador é compatível com a forma generalizada. Além disso, por se tratar de um animal jovem (menos de 18 meses de idade), esta forma pode ser adicionalmente definida como juvenil (ESCCAP, 2016). A demodecose canina generalizada juvenil requer, na maior parte dos casos, tratamento, sob pena de evoluir para uma doença grave e debilitante. As lesões começam geralmente na face e membros anteriores, podendo progredir para outras partes do corpo (Mueller *et al.*, 2012). A infeção bacteriana secundária da pele acompanha, quase invariavelmente, a demodecose generalizada. Esta infeção leva a piodermite profunda, furunculose e celulite, com odor forte e nauseabundo (ESCCAP, 2016). A presença concomitante de ambas as afeções (demodecose e piodermite profunda) pode ser associada a edema da pele, linfadenopatia, letargia, febre e dor. A otite externa ceruminosa bilateral também pode estar presente em cães com demodecose (Mueller *et al.*, 2012). De facto, o Salvador exibia todos os sinais clínicos compatíveis com uma demodecose generalizada juvenil em estado muito avançado associada a piodermite profunda, incluindo otite externa bilateral (*D. canis* como causa primária) (Mueller *et al.*, 2012).

Uma vez que a demodecose por si só não é, geralmente, prurítica, a intensidade do prurido observado foi tida como consequência da piodermite secundária (ESCCAP, 2016).

A baixa condição corporal e o estado de desidratação, assim como a prostração e fraqueza nos membros posteriores, foram tidos como consequência de um estado avançado da doença acoplado a um período mais ou menos longo de privação de água, alimento e abrigo. Devido à presença concomitante de linfadenopatia, ICC muito baixo, relutância em mover-se, claudicação, tumefação articular, alopecia (incluindo periocular), seborreia seca (Shell, 2012) e ocorrência da doença na região, sentiu-se a necessidade de descartar a Leishmaniose como causa primária dos sinais clínicos.

A técnica de raspagem profunda é a de eleição para o diagnóstico de demodecose. A presença de um ou mais ácaros no material colhido é altamente sugestiva de demodecose clínica, pois não é comum encontrá-los em animais sem sintomatologia (número muito reduzido) (Mueller & Bettenay, 2010). Para além da deteção do ácaro, deve ser feita uma contagem dos diferentes estádios (ovo, larva, ninfa e adulto) que possa ser comparada mais tarde com raspagens dos mesmos locais, de forma a avaliar a resposta à terapêutica (Mueller *et al.*, 2012). Esta avaliação quantitativa não foi realizada, e a resposta à terapêutica foi antes avaliada pela evolução do aspeto visual da pele e do pelo.

O resultado inconclusivo das citologias cutâneas deveu-se à deterioração das soluções de coloração. Tendo em conta os sinais clínicos, seria expectável observar um número elevado e/ou a localização intracelular de bactérias. O microrganismo mais frequentemente encontrado nas piodermites é o *Staphylococcus pseudointermedius*, mas podem predominar bacilos gram-negativos, como *Escherichia coli* ou *Pseudomonas aeruginosa*, nos cães com furunculose (Mueller *et al.*, 2012), como é o caso.

Devido a contenção de custos, não foi possível realizar hemograma, bioquímica sanguínea de rotina e urianálise tipo II para descartar afeções subjacentes. Não é possível excluir a existência de doenças para além das identificadas, no entanto, devido à excelente resposta ao tratamento e à ausência de qualquer sinal clínico até hoje (13 meses após a primeira apresentação), é pouco provável que essas análises revelassem algo inesperado.

O tratamento da infeção secundária foi realizado empiricamente com uma cefalosporina de 1ª geração, a cefalexina, com grande eficácia contra a maioria das bactérias gram-positivas (p. ex. *S. pseudointermedius*) e eficácia média a fraca contra bactérias gram-negativas (p. ex. *Pseudomonas spp.* e algumas estirpes de *E. coli*) (Plumbs, 2015b). Apesar da citologia, como meio de determinar a presença de cocos ou bacilos, e o antibiograma (principalmente na presença de bacilos) serem essenciais na escolha da antibioterapia (Mueller *et al.*, 2012), estas não foram realizadas por contenção de custos, ficando reservadas para mais tarde caso a terapêutica empírica não surtisse efeito.

O tratamento etiológico da demodecose foi realizado com afoxolaner, uma isoxazolina parasiticida que, apesar de atualmente não ter esta indicação de utilização, parece ter uma eficácia excelente contra o parasita (Beugnet, Halos, Larsen & de Vos, 2016). A escolha deste fármaco deveu-se à simplicidade de administração, à possível adaptação ao peso a

cada mês (ao contrário de outra formulação com a isoxazolina parasiticida fluralaner de administração trimestral), à simultânea eliminação da pulga e à existência de poucos efeitos adversos (Beugnet *et al.*, 2016). Segundo Beugnet *et al.* (2016), uma dose de 2,5 mg/kg a cada 14 dias durante 2 meses mostrou boa eficácia na remissão da doença, embora os cães desse estudo não tenham sido acompanhados para além do período de estudo, 12 semanas. Apesar de seguir um protocolo ligeiramente diferente (dose mensal), a dose de 2,5 mg/kg foi respeitada e verificaram-se grandes melhorias nos primeiros dois meses de tratamento. A terapêutica foi para além desse período, pelo que, a haver recaídas, não se deveriam a uma terapêutica descontinuada precocemente.

A terapêutica sistémica foi associada a uma terapêutica tópica, que está indicada nestes casos como forma de remoção de resíduos e crostas, que podem conter ácaros, exsudado e mediadores inflamatórios, e de redução da infeção, graças aos benefícios antimicrobianos (Mueller *et al.*, 2012).

A avaliação da dor foi feita com base na escala que mais se adequava à situação, pois embora fosse um problema crónico, a dor resultava maioritariamente de uma agudização do estado clínico. Considerou-se que a avaliação inicial foi sobrestimada devido ao comportamento de medo do animal: a relutância em mover-se, a depressão, a ausência de resposta a estímulos e a postura tensa (que aumentaram a pontuação total na escala de Glasgow) atenuaram-se bastante no 2º dia de hospitalização, que coincidiu com um maior à vontade com pessoas. Por esta razão, a administração de anti-inflamatório não esteroide foi interrompida assim que a temperatura corporal normalizou, ao invés de continuar como cobertura analgésica. O facto de não haver informação acerca da existência ou não de lesão renal contribuiu também para esta interrupção. A avaliação de dor passou, depois, para 7/24 na mesma escala. A presença de dor e desconforto eram óbvias, sendo a escala utilizada apenas para obter uma avaliação quantitativa, importante em tribunal.

Apesar de ser necessária a cura microscópica (3 a 5 raspagens mensais sucessivas negativas e citologia cutânea sem sinais de infeção bacteriana), para além da resolução dos sinais clínicos, para determinar o fim da terapêutica (Mueller *et al.*, 2012), a descontinuação da antibioterapia e dos banhos foi baseada apenas na ausência de sinais clínicos nos 7 dias anteriores. O afoxolaner continuou a ser administrado pelos adotantes, com uma frequência mensal, como forma de desparasitação externa, e por isso não se recorreu a raspagens para determinar a cura microscópica.

Com base na evolução clínica do animal enquanto esteve aos cuidados da associação e na informação fornecida pelos novos detentores, foi verificado que não houve qualquer outro sinal clínico de demodecose, o pelo cresceu em todo o corpo, e até hoje continua saudável (sem doenças diagnosticadas). Estudos recentes recomendam a monitorização apertada dos cães durante os primeiros 12 meses após a interrupção da terapêutica, período em que

ocorrem a maior parte das recidivas (Mueller *et al.*, 2012). Uma vez que a terapêutica foi continuamente administrada até hoje, é impossível avaliar a existência de recidivas.

Atualmente, é unânime entre especialistas na demodecose que os animais que exibem a doença, principalmente a forma generalizada e/ou juvenil, não devem ser reproduzidos, por ser provável que esta se deva a uma ou mais características genéticas (Mueller *et al.*, 2012).

A política de adoção da associação não obriga à castração dos cães machos, no entanto, os novos detentores do Salvador asseguram que não existe qualquer intenção de o reproduzir.

Relativamente ao aumento de peso observado, quando calculada a percentagem de peso perdido (superior a 20%), foi possível definir o ICC inicial em 1/9 (emaciado) (Reisman, 2013). Já a percentagem de peso ganho (72%) permite afirmar que o animal foi exposto a um período de subnutrição ou negligência (Reisman, 2013). Uma questão frequentemente levantada em tribunal é o tempo que levou para o animal ficar emaciado. Embora não seja possível conhecer, geralmente, as circunstâncias exatas que o animal esfomeado experimentou (Era alimentado uma ou 2 vezes por semana? A qualidade ou quantidade eram inadequadas? O vizinho atirava comida por cima da sebe?), o que é conhecido é que um cão demora entre 4 a 6 semanas a passar de um ICC emaciado para um ICC ideal (Reisman, 2013).

Em relação à documentação produzida, tanto escrita como fotográfica, esta foi realizada a título instrutivo, alertando para a forma de atuação correta por parte das associações durante uma investigação de maus-tratos. As fotografias carecem da indicação de data e hora por incapacidade do equipamento utilizado. Ficou por realizar o relatório pericial e a documentação escrita da monitorização diária no Abrigo. Os documentos que permitiriam manter a cadeia de custódia, nomeadamente o inventário de animal, das fotografias e das provas recolhidas, e o registo de admissão no abrigo não foram produzidos, mas a necessidade de o fazer numa investigação criminal foi explicitada. Caso se tratasse de um animal envolvido numa investigação criminal, todos os documentos produzidos seriam guardados num local seguro e conservados até indicação do tribunal.

IV. DISCUSSÃO

Um dos principais problemas observados na investigação de maus-tratos a animais de companhia é o de que a maioria dos casos não é participada às autoridades e não é alvo de uma investigação oficial, agindo as associações prematuramente e impedindo, logo à partida, a hipótese de dar início a uma investigação criminal por suspeita de maus-tratos que leve os possíveis perpetradores a serem julgados e sancionados. As associações zoófilas devem, logo no primeiro contacto com um possível caso de maus-tratos, efetuar a denúncia junto das autoridades e atuar em colaboração com estas, quando solicitado, no resgate dos animais. Só assim é garantida a manutenção da cadeia de custódia e o respeito por todos os trâmites legais que viabilizarão a construção de uma acusação sólida e fundamentada.

Além disso, as associações zoófilas precisam de adquirir diversas ferramentas que possibilitam o exame clínico forense necessário nestes casos, principalmente quadros de identificação, chapas de coleira, equipamento de medição (fita métrica e escalas em L), recipientes para colheita de provas (frascos, envelopes, sacos de plástico), fita-cola para selagem das provas, zaragatoas estéreis, canetas e marcadores permanentes, luvas, máscaras e botas descartáveis, lanterna e câmara fotográfica/vídeo (Newbery & Munro, 2011; Merck, 2013). Enquanto a câmara fotográfica implica algum investimento, as outras ferramentas são de fácil aquisição ou até produzidas manualmente (Figura 49).

Figura 49. Quadro de identificação (1), chapa de coleira em plástico assinalável com marcador (2) e escala em L da American Board of Forensic Odontology em cm (3)



(Original)

A criação de um *kit* com os principais utensílios necessários na avaliação de animais suspeitos de maus-tratos, conservado em local acessível e pronto a ser usado, é a forma mais eficaz de garantir uma correta colheita de provas.

Não obstante, as instalações dos Abrigos carecem, muitas vezes, de materiais e espaço adequados ao exame clínico forense, o que obriga a que muitos recorram a CAMVs. Isto leva a que a avaliação do animal seja feita em horário laboral em clínicas e hospitais privados que não podem despende o tempo desejado num exame clínico forense completo. No entanto, quer no Abrigo ou num CAMV, existem alguns parâmetros de avaliação simples, rápidos e indispensáveis em casos de suspeita de maus-tratos que devem ser observados e registados. Por exemplo, a existência de pelo extremamente emaranhado ou de alterações a nível das extremidades, uma parte essencial do exame físico à qual não é dada, muitas vezes, a devida importância: unhas demasiado crescidas podem indicar negligência; unhas danificadas ou desgastadas (desgaste ligeiro ou até à base da unha) são geralmente indicativas de que o animal foi arrastado sobre ou se debateu e arranhou contra uma superfície dura; as almofadas plantares podem apresentar lesões (p. ex. abrasões, lacerações ou perfurações) ou estar completamente saudáveis, o que fornece pistas sobre o que aconteceu ao animal (Newbery & Munro, 2011; Merck, 2013). Na maioria dos traumas com causas acidentais, tais como o atropelamento por veículo motorizado, existe sempre alguma lesão nos pés ou mãos e, portanto, a ausência deste achado clínico pode ser crucial no apuramento da verdade (Merck, 2013). Os casos de acumulação, caracterizados por sobrepopulação, insalubridade e alimentação/abeberamento inadequados, são exemplo de uma situação onde o exame do pelo, pele e unhas é imprescindível (Merck, 2013). Nestes casos, é comum a existência de otites por ácaros, demodectose, dermatofitose, piodermites, outros problemas dermatológicos associados a parasitas externos como a dermatite alérgica à picada da pulga, unhas cravadas na pele, feridas e abscessos resultantes de lutas entre animais, alopecia psicogénica (gato), dermatite acral por lambedura (cão), pelo emaranhado e conspurcado por fezes e urina, entre outros, que têm de ser observados e documentados (Merck, 2013).

O ICC é outro componente que acrescenta informação preciosa a um caso de maus-tratos. Nestes casos, a condição corporal deve ser determinada, pelo menos, em dois momentos diferentes (Reisman, 2013):

1. Inicialmente, durante o exame clínico forense - como geralmente não é possível conhecer a condição corporal ideal de um animal magro, o Médico Veterinário não deve comprometer-se com um ICC específico e registar antes dois adjacentes (magro e muito magro, por exemplo) para que a perda de peso real não seja subestimada;
2. Quando o animal alcançou o seu peso ideal - o ganho de peso é calculado nesta altura e a condição corporal inicialmente atribuída é confirmada ou corrigida.

A escala de ICC mais comumente utilizada é a de 9 níveis de classificação que variam entre o emaciado (nível 1) e o extremamente obeso (nível 9), correspondendo o nível 4/5 (cão) ou 5 (gato) à condição corporal ideal (Freeman *et al.*, 2011; Reisman, 2013). Cada nível na escala de 9 para 1 corresponde à perda aproximada de 5% de massa gorda e de 10 a 15 % do peso corporal ideal. A variação da condição corporal de ideal (nível 5) para magro (nível 3) representa, essencialmente, uma perda de massa gorda. Já a variação para níveis sucessivamente inferiores (nível 2 – muito magro; nível 1 – emaciado) significa também a perda de massa muscular. O uso desta para produção de energia é anormal, porém necessário à sobrevivência dos animais em privação de alimento e correspondente a um estado catabólico típico dos animais que passam fome, sendo, nestes casos, ainda mais imprescindível a determinação do ICC, o seu registo e inclusão no relatório pericial médico-veterinário (Reisman, 2013). Em paralelo com o ICC deve ser registado o peso, de forma rigorosa, pois o seu ganho, outro parâmetro importante em casos de maus-tratos, demonstrado pelo animal ao longo do tempo é comparado com o peso registado inicialmente (Reisman, 2013). É importante salientar que os sistemas de ICC não têm em consideração a variação de peso corporal causada pela desidratação e reidratação, pelo que, um animal que apresente 5% de desidratação e demonstre um aumento de 30% do seu peso corporal depois da hospitalização, apenas aumentou em 25% o seu peso em gordura e músculo (Reisman, 2013), aspeto que foi tido em conta na determinação do ganho de peso no caso clínico 6.

Um outro aspeto relevante do exame clínico forense é a avaliação comportamental e psicológica. Esta é, muitas vezes, realizada informalmente quer pelo Médico Veterinário na altura da primeira consulta quer por voluntários mais experientes durante a estadia no Abrigo. A primeira via é explicada pela falta de tempo e/ou desconhecimento da importância duma avaliação comportamental completa, enquanto a segunda é quase sempre devida à falta de recursos humanos e financeiros que impossibilitam a avaliação por um especialista em comportamento animal. Idealmente, deveria ser observada a reação do animal à presença do dono, pois reações anormais devido a medo ou ansiedade, que se traduzem em eliminação descontrolada ou vocalização, podem contribuir para aumentar o índice de suspeição do Médico Veterinário (Merck, 2013). Porém, uma grande parte dos animais com que as associações contactam apresenta-se na via pública ou noutros lugares públicos fora do controlo e guarda dos respetivos detentores, sem identificação e sem possibilidade de determinar a sua posse. Por outro lado, mesmo os animais vítimas de maus-tratos podem reagir com o abanar da cauda ou lambem a mão na apresentação ao perpetrador, pelo que a resposta deve ser sempre avaliada com prudência (Merck, 2013). Em relação às características mais frequentemente apresentadas pelos animais vítimas, Mc Millan *et al.* (2015) salientam que as diferenças de comportamento entre animais presumivelmente maltratados e outros (sem este historial) constituem uma combinação de fatores de risco, de

proteção, consecutivos e concomitantes dos maus-tratos. De facto, os comportamentos agressivos aumentam o risco de abuso (Reisman, 2013), tratando-se a agressividade de um fator de risco e, simultaneamente, uma consequência dos maus-tratos (McMillan *et al.*, 2015). Um outro achado neste estudo é a sobreposição de algumas características demonstradas por cães que foram sujeitos a abusos com as razões de foro comportamental mais comuns para o abandono de animais desta espécie em abrigos (agressividade, medo, necessidade de atenção, hiperatividade, ladrar persistente e comportamentos estereotipados). Na perspetiva dos autores, as características que são partilhadas nas duas situações podem representar também fatores de risco de maus-tratos (McMillan *et al.*, 2015). Por último, é essencial a avaliação da dor. Esta não pretende apenas medir o grau de dor provocada por doença ou ferimentos: dor clínica, possível de classificar em aguda ou crónica, em ligeira, moderada, grave ou intolerável (Reisman, 2013). O objetivo passa também por avaliar, quando ainda não há evidência de dor clínica, a presença e grau de desconforto, pelo que a denominação mais recente seja avaliação do desvio ao estado de conforto (Reisman, 2013). O desconforto é manifestado quando um animal não consegue evitar ou adaptar-se a fatores de *stress* externos ou internos, traduzindo-se em comportamentos de adaptação desajustados (alimentação anormal, ausência de *grooming*, interação conspécifica e com pessoas inapropriada, problemas reprodutivos, coprofagia, alopecia autoinduzida, automutilação e movimentos repetitivos) ou doença (lesões gástricas e intestinais, hipertensão e imunodepressão). É identificado, principalmente, por observação do comportamento do animal em repouso e em atividade, evidenciando uma vez mais a importância da avaliação comportamental (Reisman, 2013). Relativamente à dor crónica, as alterações comportamentais que a caracterizam são quase sempre graduais e subtis, pelo que são, mais facilmente, detetadas por alguém que está familiarizado com o animal, geralmente o dono (Mathews *et al.*, 2014). Nos casos de suspeita de maus-tratos, a avaliação é, normalmente, realizada por pessoas que estão a contactar com aquele animal pela primeira vez, o que dificulta em grande parte esta apreciação. O preenchimento dos questionários relativos a dor crónica pelos Médicos Veterinários e voluntários do Abrigo têm, portanto, uma aplicação limitada.

Outra ferramenta indispensável são os exames complementares de diagnóstico, que acrescentam informação valiosa ao caso. Por exemplo, a colheita de fezes tem como objetivo principal a deteção de parasitas intestinais, mas, nos casos em que o animal passou fome, situação bastante frequente na casuística assistida durante o estágio, a inspeção da matéria fecal durante as primeiras 24 h permite identificar o que foi ingerido recentemente, nomeadamente material estranho resultante de picacismo (Merck, 2013). Nestes casos, em que o animal se apresenta muito magro, é também comum encontrar, como parte do quadro clínico, trombocitose, hipoalbuminemia e anemia (Reisman, 2013). Se em estado de emaciação (perda de gordura e músculo), é possível concluir que o processo

é crónico (demora, pelo menos, 4 semanas para atingir o estado de emaciação a partir de uma condição corporal normal), sendo a hipoalbuminemia e a anemia evidências claras dessa cronicidade (Reisman, 2013). Outros achados clínicos presentes nestes casos são o aumento da bilirrubina sérica, ALT e AST devido a gluconeogénese hepática, da CPK devido ao uso de proteína para produção de energia, diminuição da ureia sanguínea e densidade urinária devido ao baixo consumo proteico, e leucopénia devido a imunodepressão (Merck, 2013). Por ser frequente a presença concomitante de desidratação nestes casos, os testes laboratoriais devem ser repetidos após reidratação (Merck, 2013). Além disso, é necessário excluir a presença de doenças subjacentes, sejam elas primárias ou secundárias a um sistema imunitário comprometido, pelo que os testes devem compreender o perfil bioquímico completo, ionograma, hemograma, teste de função tiroideia, urianálise, coprologia e testes de diagnóstico de dirofilariose, CPV, FPV, FeLV e FIV (Merck, 2013). Já em casos de trauma, a bioquímica sérica permite encontrar possíveis aumentos de CPK e AST como resultado de lesão muscular ou aumentos séricos de ALT e AST indicativos de lesão hepática (Reisman, 2013). O trauma pode originar também hemorragia, que se reflete num hematócrito baixo associado a uma baixa concentração de PT (Merck, 2013). Outras alterações comuns nos casos de maus-tratos, como a desidratação (aumento simultâneo do hematócrito e PT), *stress*, inflamação e infeção (leucocitose), podem também ser reveladas ou confirmadas por testes laboratoriais (Merck, 2013).

Outro dos exames complementares considerado indispensável em todos os casos de suspeita de maus-tratos é a radiologia (Merck, 2013). Esta pode detetar lesões ocultas, assim como fraturas antigas (para além das recentes), principalmente de costelas, cuja presença é típica dos casos em que são vítimas de abuso repetido (Munro, 1998; Merck, 2013; Reisman, 2013). Além disso, em animais emaciados, pode evidenciar-se a silhueta abdominal estreita (vista ventrodorsal) ou a presença de material estranho no trato gastrointestinal (Reisman, 2013). Em casos de envenenamento por ingestão de iscos adulterados, a radiografia do estômago e intestino pode revelar a presença de material com radiopacidade óssea, ou outra, que ajuda no diagnóstico quando estes materiais não estão à sua disposição em condições normais (Merck, 2013).

No entanto, por serem dispendiosos, principalmente quando estão em causa casos de larga-escala, e pelo facto de serem realizados em hospital/clínica privados que exigem o pagamento atempado impossível para muitas associações, os exames complementares de diagnóstico realizados acabam por ser, na maior parte das vezes, os que o Médico Veterinário assistente acha pertinentes para o diagnóstico, como uma radiografia a um membro com suspeita de fratura ou análises a ureia e creatinina séricas num gato desidratado e com sinais clínicos de insuficiência renal, e não os que poderiam servir de confirmação para determinado problema, como por exemplo, um hemograma e albumina sérica num animal emaciado para confirmação da cronicidade (anemia e hipoalbuminemia).

Em nenhum dos casos relatados foi possível atingir o nível de rigor descrito acima, embora o caso clínico 6 (Salvador) se encontre mais próximo do que é tido como procedimento padrão em casos de suspeita de maus-tratos.

O mesmo acontece com os testes rápidos de diagnóstico. Idealmente, deveriam ser realizados como parte do exame clínico forense para descartar ou incluir possíveis doenças comportadas pelo animal. No entanto, por serem dispendiosos, estes são realizados com uma função mais prática: a de discernir os animais que podem ou não entrar no Abrigo. Ainda que o diagnóstico através do reconhecimento da sintomatologia clínica e do quadro lesional seja o pilar da prática clínica do dia-a-dia nos Abrigos, é inquestionável que rastrear animais assintomáticos com os testes imunocromatográficos é uma mais-valia, quer para prevenir surtos epidêmicos, quer para tomar a melhor decisão acerca do futuro do animal. No entanto, devido ao estrangulamento financeiro em que sobrevive a maior parte das instituições, os testes são ponderados caso a caso: o teste FIV/FelV para todos os gatos; o teste de dirofilariose, leishmaniose ou parvovirose quando existem sinais clínicos no animal ou em coabitantes. Aquele estrangulamento explica também, em parte, a administração apenas da vacina DAPPi sem associação da vacina IN contra Bb e CPiV nos dois Abrigos mencionados nesta dissertação. Apesar de não cumprir as diretrizes internacionais, este esquema vacinal tem sido aplicado sem que consequências mais graves se tenham verificado até hoje (nenhum surto de traqueobronquite Infeciosa canina nos últimos anos).

Relativamente à terapêutica de animais suspeitos de serem vítimas de maus-tratos, esta não pode ser comprometida por falta de recursos humanos ou financeiros. Antes deve existir um meio-termo onde são atendidas, simultaneamente, as necessidades do animal e a capacidade de fornecer cuidados do Abrigo, por exemplo, a escolha de produtos de administração oral e SID em detrimento de administração parentérica e BID. Para tornar o processo mais simples, prático e económico para os Abrigos, vários autores sugerem que é vantajoso, principalmente em casos de múltiplos animais, a criação prévia de protocolos onde estão descritas as abordagens terapêuticas iniciais para os problemas mais comumente encontrados em determinado tipo de caso (Kirk, 2012). Isto permite canalizar recursos para os fármacos com maior utilização, criar uma zona de farmácia mais pequena, uma maior eficácia de colaboração entre Médicos Veterinários (as diferenças individuais na abordagem terapêutica são eliminadas) e uma maior brevidade no início da aplicação da terapêutica (Kirk, 2012).

De forma geral, a maior parte dos Abrigos para animais não está equipada para providenciar cuidados médico-veterinários completos, devido à ausência de equipamento mais sofisticado e ao número reduzido de Médicos e Enfermeiros Veterinários disponíveis diariamente nas instalações (Delany, 2013). Por isso, o Abrigo deve estabelecer, previamente, quais os cuidados possíveis de providenciar no local, para onde são transferidos os animais cuja necessidade de cuidados ultrapassa a sua capacidade de as

providenciar e como é realizado o transporte. É importante que a instituição estabeleça antecipadamente, para uma investigação criminal, os protocolos de atuação médica na admissão e perante animais doentes, em estado crítico e falecidos, e determine quais as pessoas envolvidas (Médicos Veterinários, Enfermeiros Veterinários e outro pessoal auxiliar) (Windham, 2012a).

A disponibilidade de uma equipa dedicada exclusivamente a animais envolvidos em investigações criminais por suspeita de maus-tratos alojados no Abrigo, como é sugerido por Kirk (2012), é diminuta, senão nula. A melhor alternativa será a instrução de todas as pessoas implicadas para o preenchimento correto dos diversos formulários (monitorização diária, higienização, terapêutica e outras), a criação de um inventário com registo diário de quem foi o responsável pelas operações diárias desse dia e a formação para os cuidados a ter nos regimes de quarentena e isolamento. Ainda como forma de respeitar a cadeia de custódia, deve ser criado um local de acesso restrito dentro do Abrigo para guardar toda a documentação relativa a estes animais (Kirk, 2012).

Outra dificuldade encontrada pelas associações zoófilas é a documentação correta através de fotografia e vídeo, devido quer ao investimento necessário na compra de equipamento próprio quer à tarefa laboriosa de realizar inventários, conservar cartões de memória e gravar os ficheiros em suporte apropriado.

Uma questão importante e, por vezes, desvalorizada, é a necessidade de manter a confidencialidade inerente a qualquer investigação criminal (Kirk, 2012): as associações zoófilas não podem discutir detalhes do caso com pessoas externas, o que abrange a colocação de apelos e atualizações relativas aos animais nas redes sociais. Por outro lado, na preparação de um resgate de múltiplos animais em que é conhecida antecipadamente a necessidade de colaboração de Médicos Veterinários externos ou CAMVs, a participação destes pode ser requisitada, mas sem fornecer detalhes como data, local e o caso propriamente dito (Kirk, 2012).

Um dos dilemas com que os Abrigos se defrontam nestes casos é a necessidade de manter os animais em condições adequadas durante um grande período de tempo, pois a resolução das investigações criminais pode levar meses ou até anos a concretizar-se. Como consequência, os Abrigos vêem-se obrigados a aumentar o espaço do alojamento e o enriquecimento ambiental, tarefa difícil para alguns quase sobrelotados. A sobrelotação torna também difícil a criação de uma área exclusiva para isolamento ou quarentena, sendo estas, normalmente, realizadas num alojamento normal, mas cumprindo medidas apertadas de biossegurança (p. ex. uso de EPI e limpeza por ordem de vulnerabilidade).

Como já foi referido ao longo da dissertação, todos os atos médicos podem ser realizados desde que tragam benefícios para o animal e sejam documentados, além de autorizados pelo Ministério Público. No entanto, a castração/esterilização, a menos que seja realizada a título terapêutico (p. ex. orquite, piómetra), é um ato médico cujo principal benefício é para o

Abrigo, por facilitar a disposição dos animais e prevenir a sobrepopulação (esterilização de fêmeas gestantes), logo, a sua realização em animais envolvidos numa investigação em curso pode ser questionada. A menos que represente risco de vida para o animal, a castração/esterilização traz-lhe também benefícios a longo prazo: menor incidência de tumores mamários, piómetras, tumores testiculares, hiperplasia prostática benigna e comportamentos hormonodependentes (Kustritz, 2009). Por outro lado, aquando da entrega da custódia dos animais ao Abrigo, estes estarão já prontos para adoção, o que diminui o tempo de estadia, para além de contornar o problema do não cumprimento dos acordos de castração/esterilização pelos adotantes após a adoção. E, por último, previne o abandono animal (que leva à sobrelotação dos Abrigos), quer de adultos sexualmente intactos (mais propensos a serem entregues a associações zoófilas), quer de ninhadas recém-nascidas (Kustritz, 2009). Por tudo isto, parece ser sempre aconselhável optar pela castração/esterilização dos animais envolvidos em investigações por suspeita de maus-tratos.

Para o sucesso da resolução de um caso de maus-tratos é imprescindível haver uma boa comunicação entre todas as partes: das autoridades para o Médico Veterinário sobre as circunstâncias em que o animal foi encontrado; deste último para o pessoal do Abrigo aquando das instruções de terapêutica e outros cuidados; do pessoal do Abrigo para o Médico Veterinário durante a estadia do animal nas suas instalações, reportando as observações diárias, as alterações do estado do animal e quaisquer dúvidas relacionadas com o tratamento deste; e do Médico Veterinário para o Procurador encarregue do caso.

Por outro lado, suportar os custos substanciais associados ao provisionamento de cuidados a animais doentes e feridos, muitas vezes em grandes quantidades (p. ex. casos de larga-escala), enquanto as acusações criminais seguem o seu curso moroso através do sistema judicial, continua a ser um dos maiores obstáculos a um julgamento bem-sucedido com aplicação de pena adequada. Incapazes de assumir esses custos sozinhos, muitos Abrigos são obrigados a limitar a assistência que podem oferecer, o que, por sua vez, cria um obstáculo à aplicação efetiva da lei de maus-tratos a animais de companhia. Se não houver espaço para os animais apreendidos, é menos provável que as autoridades procedam à apreensão em primeiro lugar (Wolf, n.d.). Esta última autora sugere várias estratégias para aliviar este fardo:

1. Garantir a cedência voluntária, por escrito, dos animais apreendidos por parte do proprietário no início do processo criminal, o que permitirá a estes estarem mais rapidamente disponíveis para adoção;
2. Provisão de caução: muitos estados dos Estados Unidos da América têm leis que autorizam o tribunal a exigir uma caução à pessoa acusada de maus-tratos que cubra os custos dos cuidados fornecidos aos animais que lhe foram apreendidos, enquanto o processo se mantiver em aberto;

3. Reembolso: os tribunais podem incluir na sentença do arguido o reembolso das despesas inerentes aos cuidados dos animais apreendidos.

Como estes últimos, em casos de maus-tratos, são considerados prova em matéria criminal, o custo de preservar essas provas deve ser suportado da mesma forma que qualquer outra prova num processo criminal, ou seja, pelo Estado e não por uma organização privada (Wolf, n.d.). Seria, pois, vantajosa a realização de contratos entre Abrigos/associações zoófilas e órgãos de soberania locais ou regionais em que os primeiros aceitam cuidar de um determinado número de animais apreendidos em casos de maus-tratos em troca do pagamento duma taxa que pode ser renegociada anualmente.

Por fim, a maior dificuldade percebida durante o acompanhamento destes casos foi a falta de informação e formação sobre como proceder durante o acolhimento de um animal de companhia, cão ou gato, que é suspeito de ser vítima de maus-tratos e que, por isso, é, ou poderá vir a ser, alvo de uma investigação criminal. Nesta são imperativas a recolha contínua de provas e a garantia de que a cadeia de custódia é mantida desde a apresentação inicial do animal à associação zoófila, passando pelo exame clínico forense, e terminando na estadia daquele nos Abrigos pertencentes a essas mesmas associações ou aos quais dão assistência. É com o propósito de elucidar os Médicos Veterinários de Abrigo, os Médicos Veterinários de CAMVs que colaboram com Abrigos e todas as pessoas envolvidas na gestão e manutenção dos Abrigos (órgãos da direção, funcionários, voluntários e os demais) sobre estes procedimentos, fundamentais para a resolução do caso por via legal, que surge a proposta de um guia de atuação em casos de maus-tratos a animais de companhia para Médicos Veterinários de Abrigo e associações zoófilas, que contém indicações sobre como proceder no primeiro contacto, na admissão e no acolhimento de animais suspeitos de serem vítimas de maus-tratos.

V. CONCLUSÃO

Todas as associações zoófilas e instituições de abrigo acabam, inevitavelmente, por contactar com casos de animais suspeitos de terem sido vítimas de maus-tratos. O facto de haver um novo enquadramento legal dos maus-tratos e abandono de animais de companhia, isto é, estes podem constituir crime por violação do Código penal, torna obrigatória uma abordagem mais rigorosa por parte destas entidades. A grande dificuldade está na dualidade inerente a provas vivas: se, por um lado, é imprescindível preservá-las, por outro é imperativo atender às suas necessidades como seres vivos. Além disso, a própria qualidade de ser vivo implica, forçosamente, que haja alterações da apresentação inicial ao longo do tempo, quer para pior (sem tratamento), quer para melhor (com tratamento). O fornecimento de cuidados adequados, médicos e não médicos, faz já parte do quotidiano dos Médicos Veterinários de Abrigo e de todas as pessoas envolvidas no dia-a-dia destas instituições. Pelo contrário, os trâmites legais que viabilizam o curso da investigação e do julgamento (Medicina Forense) são uma novidade com cerca de três anos, o que poderá explicar, em grande parte, o seu incumprimento aquando do contacto com estes casos.

A única forma de preservar provas referentes a seres vivos é documentar, de forma detalhada e sistemática, a sua apresentação inicial e as alterações constatadas ao longo do tempo e assegurar, simultaneamente, o conhecimento exato do seu paradeiro durante esse período, isto é, a cadeia de custódia. A documentação é conseguida através de registos escritos e fotográficos do local onde o animal foi encontrado, do exame clínico, dos exames complementares de diagnóstico realizados e seus resultados, dos tratamentos efetuados, da profilaxia administrada e da evolução clínica observada diariamente. Por outro lado, a cadeia de custódia está dependente de inventários e registos de movimentação nos quais é discriminado a localização precisa e pormenorizada das provas, incluindo os animais, como por exemplo o registo escrito da certificação diária da localização de um cão em determinado canil (não basta saber que se encontra em determinado Abrigo). Portanto, todas as fases do percurso de um animal suspeito de ser vítima de maus-tratos acarretam níveis mais elevados de complexidade, exigência e rigor, em comparação com animais cujos motivos de acolhimento não estão relacionados com este crime.

Nestes casos, cabe ao Médico Veterinário de Abrigo atuar, simultaneamente, em duas frentes: aplicar, como sempre, os fundamentos da Medicina de Abrigo para repor o estado de saúde e bem-estar e, simultaneamente, valer-se dos princípios da Medicina Forense para documentar todo o processo, o que permitirá reunir provas, construir um caso sólido em tribunal e obter a punição justa do perpetrador.

A investigação criminal destes casos ainda é escassa. No entanto, a comparar com outros países onde a criminalização dos maus-tratos a animais de companhia já entrou em vigor há mais tempo, a tendência é para que, no futuro, estes casos sejam abordados de forma idêntica aos que envolvem vítimas humanas.

Ao longo do estágio foram muitos os casos de animais suspeitos de serem vítimas de maus-tratos que deram entrada na clínica pela mão de associações zoófilas, particulares e próprios detentores. Destes, foram escolhidos seis que, no seu conjunto, refletiam os tipos de apresentação mais comuns e permitiam, igualmente, uma análise global da atuação do Médico Veterinário de Abrigo em todas as fases do percurso do animal durante uma investigação por suspeita de maus-tratos.

A omissão de cuidados, isto é, a negligência (intencional ou não) foi a forma de maus-tratos mais observada: falha no provisionamento de cuidados de higiene, desparasitação, alimento adequado e de cuidados médico-veterinários, e o abandono no exterior da habitação.

As maiores dificuldades detetadas no acompanhamento destes casos foram de duas índoles: por um lado, a escassez de recursos materiais, por outro, a falta de informação acessível que esclareça todo o pessoal envolvido (Médicos Veterinários e outros) dos procedimentos padrão num caso de suspeita de maus-tratos a animais de companhia. Não sendo possível alterar o panorama financeiro das associações e instituições de abrigo, resolveu-se antes colmatar a necessidade de informação compreensível, aplicável e em português com um guia de atuação em casos de maus-tratos a animais de companhia destinado, sobretudo, aos Médicos Veterinários de Abrigo e associações zoófilas/instituições de abrigo. Para este concorreram a informação existente na literatura e a experiência obtida ao longo do estágio.

VI. PROPOSTA DE GUIA DE ATUAÇÃO EM CASOS DE MAUS-TRATOS A ANIMAIS DE COMPANHIA PARA MÉDICOS VETERINÁRIOS DE ABRIGO E ASSOCIAÇÕES ZOÓFILAS

As seguintes instruções abrangem a atuação do Médico Veterinário de Abrigo e das associações zoófilas desde o primeiro contacto com um animal de companhia vítima de maus-tratos até à sua disposição final, preferencialmente a adoção. Os procedimentos que são exclusivamente da competência do Médico Veterinário estarão assinalados com “**MV**” no início da instrução.

Exame clínico forense:

1. No primeiro contacto com um animal suspeito de ser vítima de maus-tratos, contactar o SEPNA ou GNR ou PSP ou Polícia Municipal e/ou o Médico Veterinário Municipal, e formalizar a denúncia;
2. Atribuir uma identificação individual única (ID) a cada animal;
3. Programar a máquina fotográfica com data e hora corretas e visíveis na imagem;
4. Fotografar cada animal e as suas imediações sem alterar a disposição do local;
5. Fazer a triagem e assistir os animais em estado crítico em primeiro lugar;
6. Remover o animal para lugar seguro;
7. Colocar coleira no animal e etiqueta na sua caixa de transporte feitas de material durável e resistente em que esteja patente a sua ID, assinalada de forma permanente;
8. Registar o animal no inventário (Anexo 4);
9. Se necessário o transporte, assegurar que o estado do animal não se altera;
10. Realizar o exame clínico forense conforme as instruções seguintes :
 - a. Manipular cada animal com um par de luvas descartáveis diferente;
 - b. Criar quadro de identificação para cada animal com número do caso, local, data e ID;
 - c. Fotografar cada animal com o quadro de identificação respetivo incluído na imagem – realizar 5 vistas de corpo inteiro: de frente, de lado (esquerdo e direito), de trás e de cima;
 - d. Recorrer a ficha clínica individual específica para estes casos (Anexo 5);
 - e. Introduzir ID e respetivo resenho do animal na ficha clínica individual:
 - i. Espécie, raça, cor, pelagem e cauda;
 - ii. Género e estado reprodutivo (exato ou estimado);
 - iii. Idade (exata ou estimada);
 - iv. Sinais particulares.
 - f. Introduzir resumo da história pregressa na ficha clínica individual, incluindo o estatuto vacinal;
 - g. Registar o peso em kg e o ICC na escala de 9 pontos;
 - h. Pesquisar *microchip* e, caso exista, registar o número completo na ficha clínica;

- i. **MV** Realizar um exame físico completo – utilizar a ficha clínica como guia;
 - j. Fotografar/filmar todos os achados clínicos significativos:
 - i. 1º fotografar a meia distância
 - ii. 2º fotografar ao perto com escala paralela à câmara fotográfica;
 - k. Preencher formulário de ferimentos & cicatrizes, se necessário (Anexo 6);
 - l. Preencher formulário de pele, pelo & unhas, se necessário (Anexo 7);
 - m. Recolher todos os itens, vestígios ou outros que possam ser evidência de maus-tratos, acondicionar em recipiente adequado, selar, rotular (com nº caso, ID animal, data, pessoa que recolheu e identificação da prova), assinar e datar simultaneamente sobre o selo e o recipiente com tinta permanente; introduzir provas no inventário de provas (Anexo 8);
 - n. **MV** Realizar os exames complementares de diagnóstico necessários, registá-los na ficha clínica, conservar adequadamente os testes passíveis de serem conservados (p. ex. citologia, radiografias), fotografar os testes impossíveis de conservar (p. ex. testes rápidos, raspagens), conservar os resultados/relatórios e anexá-los à ficha clínica;
11. Introduzir todas as fotografias referentes a um animal no inventário de fotografias (Anexo 9);
 12. **MV** Realizar o rastreio das doenças infecciosas normalmente rastreadas no Abrigo e registar o resultado na ficha clínica;
 13. Se necessário, preparar ficha de tratamento que acompanhará o animal ao longo da estadia no Abrigo (Anexo 10);
 14. **MV** Administrar as vacinas normalmente administradas no Abrigo e registá-lo na ficha clínica e no boletim sanitário individual;
 15. Administrar a desparasitação interna e externa normalmente administrada no Abrigo e registá-lo na ficha clínica e no boletim sanitário individual;
 16. **MV** Assinar, colocar vinheta médica e data do exame clínico no final da ficha clínica;
 17. **MV** Decidir e registar na ficha clínica a disposição do animal e a data em que foi executada:
 - a. No Abrigo – indicar qual a área, sala, canil/gatil destinado àquele animal;
 - b. No CAMV – indicar as datas do início e do fim da hospitalização;
 - c. Eutanásia – registar por escrito a apresentação clínica do animal e as razões que a justificam, informar o Ministério Público e esperar pela sua autorização.
 18. **MV** Reunir todos os documentos produzidos (Processo clínico do animal e inventários) e provas recolhidas (incluindo cartão de memória da máquina fotográfica) e conservá-los em local seguro no Abrigo e com acesso restrito.

Estadia no Abrigo com investigação em curso:

1. Criar um sistema de sinalização na frente dos canis/gatis individuais (p. ex. pendurar nas grades):
 - a. Folha com ID e resenho;
 - b. Aviso de quarentena / isolamento / gestante ou a amamentar / tratamento / normal na frente do canil/gatil (p. ex. sistema de cores);
 - c. Aviso de dócil / nervoso – precaução / agressivo / silvestre na frente do canil/gatil (p. ex. sistema de letras ou cores).
2. Criar um sistema de monitorização clínica na frente dos canis/gatis individuais (p. ex. pendurar nas grades):
 - a. Formulário de monitorização diária – preenchido todos os dias antes das operações de limpeza e assinado por quem o realizou (Anexo 11);
 - b. Ficha de tratamento – preenchida todos os dias após a administração/aplicação dos medicamentos e assinado por quem o realizou.
3. Comunicar quaisquer problemas detetados na monitorização diária ao Médico Veterinário do Abrigo;
4. Realizar um inventário diário dos animais implicados no início, antes de qualquer operação, e no fim, antes de deixar as instalações (Anexo 12);
5. Assegurar o espaço e enriquecimento ambiental adequados ao animal;
6. Realizar avaliação de comportamento segundo testes validados, registar por escrito (se possível, também em fotografia/vídeo) essa avaliação e atualizar o tipo de comportamento na sinalização do canil/gatil;
7. Proceder a treinos ou modificações de comportamentos necessárias – no caso de comportamentos potencialmente perigosos, consultar especialista em comportamento animal
8. **MV** Registar o exame clínico de reavaliação na Ficha clínica de reavaliação (Anexo 13) e comunicar a todo o pessoal mudanças de tratamento ou disposição;
9. **MV** Elaborar Ficha de alta clínica quando o tratamento cessa definitivamente (Anexo 14);
10. **MV** Realizar esterilização/castração dos animais, exceto contra-indicação grave;
11. **MV** Redigir Relatório final como perito em Medicina Veterinária sobre apresentação, exames e testes realizados, tratamento e evolução do animal (Anexo 15);
12. Conservar todos os documentos produzidos junto do processo clínico do animal.
13. **MV** Estar preparado para testemunhar em tribunal.

Estadia no Abrigo após resolução do caso em tribunal:

1. Colocar o animal para adoção pela via normalmente utilizada;
2. Realizar um contrato de adoção com os adotantes com termo de responsabilidade;
3. Aplicar *microchip* (ou preencher declaração de cedência de detenção), administrar vacina antirrábica e nova desparasitação interna e externa;
4. Informar os adotantes sobre o estado de saúde, o comportamento e as necessidades especiais do animal;
5. Fazer um acompanhamento do animal e da nova família depois da adoção, principalmente dos animais de adoção de alto risco, isto é, cães e gatos que foram alvo de modificações de comportamento complexas.

VII. BIBLIOGRAFIA

- Alho, A. M., Landum. M., Ferreira, C., Meireles, J., Goncalves, L., de Carvalho, L. M. & Belo, S. (2014). Prevalence and seasonal variations of canine dirofilariosis in Portugal. *Veterinary Parasitology*. 206, 99–105.
- Alvarez, L. (2016). *Público: Abate de animais de companhia, uma “realidade assustadora” e “fora de controlo”*. Acedido em Set. 12, 2016, disponível em: <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/abate-de-animais-de-companhia-uma-realidade-assustadora-e-fora-de-controlo-1729435>
- American Society for the Prevention of Cruelty to Animals (n.d.1). Animal rescue. Acedido em Jan. 14, 2017, disponível em <http://www.asPCA.org/animal-rescue>
- American Society for the Prevention of Cruelty to Animals (n.d.2). *Animal intake & inventory*. Acedido em Fev. 20, 2017, disponível em http://aspcapro.org/sites/default/files/asPCA_animal_intake_and_inventory_guidelines_0.pdf
- Anderson, P. J. B., Rogers, Q. R. & Morris, J. G. (2002). Cats require more dietary phenylalanine or tyrosine for melanin deposition in hair than for maximal growth. *Journal of Nutrition*. 132(7), 2037–2042.
- ANIMAL (2015). *Sobre a ANIMAL*. Acedido em Nov. 16, 2016, disponível em: http://animal.org.pt/sobre_animal/
- Animal Rescue League of Boston (2011). Match-Up II. Acedido em Fev. 12, 2017, disponível em: <http://www.arlboston.org/services/match-up/>
- Animal Society for the Prevention of Cruelty to Animals (2008) The Seven SAFER Assessment Items. Acedido em Ago. 2, 2017, disponível em: <http://aspcapro.org/resource/saving-lives-behavior-enrichment-research-data/seven-safer-assessment-items>
- Arkow, P. & Munro, H. (2008). The veterinary profession's role in recognizing and preventing family violence: the experiences of the human medicine field and the development of diagnostic indicators of non-accidental injury. In F. R. Ascione (Ed.) *The international handbook of animal abuse and cruelty: theory, research and application*. (pp. 31-58). West Layatette: Purdue University Press.
- Arkow, P., Boyden, P. & Patterson-Kane, E.G. (2011). Practical Guidance for the effective response by veterinarians to suspected animal cruelty, abuse and neglect. American Veterinary Medical Association. Acedido em Out. 15, 2016, disponível em <https://ebusiness.avma.org/Files/ProductDownloads/AVMA%20Suspected%20Animal%20Cruelty.pdf>
- Associação Nacional Municípios Portugueses (2017). *Lista dos Municípios Portugueses: Câmaras Municipais*. Acedido em Abr. 4, 2017, disponível em: <http://www.anmp.pt/munp/mun/mun10111.php?cod=20140110>
- Associação Zoófila Portuguesa (2015). *Sobre a AZP: missão*. Acedido em Nov. 16, 2016, disponível em: <http://azp.pt/sobre-nos.php>
- Balkin, D. (2010). *Animal cruelty: from suspicion to conviction: a prosecutor's guidelines for veterinarians*. Acedido em Nov. 13, 2016, disponível em: <http://coloradolinkproject.com/wp-content/uploads/2013/07/balkin-manuscript-2010.pdf>

- Balkin, D. E., Janssen L. A. & Merck, M. D. (2013). The legal system. In M. D. Merck (Ed.) *Veterinary forensics: animal cruelty investigations* (2nd edition). (pp. 1-16). Ames, Iowa, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Baptista, D.G. (2011). *Projecto de Educação Pró-Animal*. Dissertação de Mestrado em Medicina Veterinária. Lisboa: Faculdade de Medicina Veterinária- Universidade Técnica de Lisboa.
- Benetato, M. A., Reisman, R. & McCobb, E. (2011). Commentary: The veterinarian's role in animal cruelty cases. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 238(1), 31-34.
- Bergamasco, L., Osella, M.C., Savarino, P., Larosa, G., Ozella, L., Manassero, M., Badino, P., Odore, R., Barbero, R. & Re, G. (2010). Heart rate variability and saliva cortisol assessment in shelter dogs: human–animal interaction effects. *Applied Animal Behaviour Science*. 125, 56–68.
- Beugnet, F., Halos, L., Larsen, D., de Vos, C. (2016). Efficacy of afoxolaner for the treatment of canine generalised demodicosis. *Parasite*. 23 (14), 1-8.
- Bollen, K. (2013). Enrichment for Shelter Cats [Webinar]. ASCPApro: <http://aspcapro.org/webinar/20130618/stress-reduction-enrichment-shelter-cats>
- Brondani, J. T., Luna, S. P. L., Minto, B. W., Santos, B. P. R., Beier, S. L., Matsubara, L. M. & Padovani, C.R. (2012). Validade e responsividade de uma escala multidimensional para avaliação de dor pós-operatória em gatos. *Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia*. 9, 153-62.
- Brondani, J. T., Luna, S. P. & Padovani, C. R. (2011) Refinement and initial validation of a multidimensional composite scale for use in assessing acute postoperative pain in cats. *American Journal of Veterinary Research*. 72, 174-83.
- Brondani, J. T., Mama, K. R., Luna, S. P. L., Wright, B. D., Niyom, S., Ambrosio, J., Padovani, C. R. (2013). Validation of the English version of the UNESP-Botucatu multidimensional composite pain scale for assessing postoperative pain in cats. *BMC Veterinary Research*, 9(1), 143.
- Burns, K. M. (2013). Refeeding Syndrome After Critical Illness. Acedido em Mar. 15, 2017, disponível em: <http://www.vin.com/members/cms/project/defaultadv1.aspx?id=5956199&pid=11390>
- Cambridge, A. J., Tobias, K. M., Newberry, R. C. & Sarkar, D. K. (2000) Subjective and objective measurements of postoperative pain in cats. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 217, 685-90.
- Cardoso, L., Schallig, H., Neto, F., Kroon, N. & Rodrigues, M. (2004) Serological survey of Leishmania infection in dogs from the municipality of Peso da Régua (Alto Douro, Portugal) using the direct agglutination test (DAT) and fast agglutination screening test (FAST). *Acta Tropica*. 91 95-100.
- Coggan, J. A., Melville, P. A., de Oliveira, C. M., Moreno, A. M. & Benites, N. R. (2008). Microbiological and histopathological aspects of canine pyometra. *Brazilian Journal of Microbiology*. 39 (3), 477-483.
- Coppola, C.L., Grandin, T., & Enns, R.M. (2006). Human interaction and cortisol: can human contact reduce stress for shelter dogs? *Physiology and Behavior*. 87, 537–541.

- Cortes, S., Afonso, M., Alves-Pires, C. & Campino, L. (2007) Stray dogs and leishmaniasis in urban areas, Portugal. *Emerging Infectious Diseases*. 13, 1431-2.
- Day, M. J., Horzinek, M. C., Schultz, R. D. & Squires, R. A. (2016). Guidelines for the vaccination of dogs and cats. *Journal of Small Animal Practice* 51, 338-356.
- Dean, R. & Stavisky, J. (2015). Shelter Medicine in Practice. Acedido em Set. 15, 2016, disponível em: <http://www.vin.com/members/cms/project/defaultadv1.aspx?id=6671628&pid=11452>
- Decreto-Lei n.º 260/2012 de 12 de dezembro. *Diário da República n.º 240/2012, Série I-A*. Ministério da Agricultura, do Mar, do Ambiente e do Ordenamento do Território. Lisboa
- Decreto-Lei n.º 276/2001 de 17 de outubro. *Diário da República n.º 241/2001, Série I-A*. Ministério da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas. Lisboa
- Decreto-Lei n.º 313/2003 de 17 de dezembro. *Diário da República n.º 290/2003, Série I-A*. Ministério da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 314/2003 de 17 de dezembro. *Diário da República n.º 290/2003, Série I-A*. Ministério da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas. Lisboa
- Decreto-Lei n.º 315/2003 de 17 de dezembro. *Diário da República n.º 290/2003, Série I-A*. Ministério da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas. Lisboa
- Delany, C. D. (2013). Emergency medicine in the animal shelter. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 463-468). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Destreza, K. (2012). *Animal cruelty investigations: crime scenes and evidence collection* [Webinar]. ASPCApro: <http://aspcapro.org/online-courses-field-investigations-and-response>
- DiGangi, B. A. (2017) Shelter intake best practices: part 1 [Webinar]. ASPCApro: <http://aspcapro.org/webinar/20170808/shelter-intake-1>
- Dinnage, J. D. (2013). *Treatment strategies*. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 343-348). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (2017). *Alojamentos oficiais para animais de companhia – Centros de Recolha Oficiais (CRO) Autorizados – atualização 23 agosto 2017*. Lisboa: DGAV.
- Duarte, A., Castro, I., Fonseca, I., Almeida, V., Carvalho, L., Meireles, J., Fazendeiro, M., Tavares, L., Vaz, Y. (2010). Survey of infectious and parasitic diseases in stray cats at the Lisbon Metropolitan Area, Portugal. *Journal of Feline Medicine and Surgery*. 12, 441-446
- Durr, R. & Smith, C. (1997). Individual differences and their relation to social structure in domestic cats. *Journal of Comparative Psychology*. 111, 412–418.
- Epstein, M. E., Rodanm, I., Griffenhagen, G., Kadrlik, J., Petty, M. C., Robertson, S. A., & Simpson, W. (2015). 2015 AAHA/AAFP pain management guidelines for dogs and cats. *Journal of the American Animal Hospital Association*; 51 (2) 67–84.

- European Scientific Counsel Companion Animal Parasites (2011). ESCCAP guideline 2: superficial mycoses in dogs and cats. Acedido em Mar. 5, 2017, disponível em: http://www.esccap.org/uploads/docs/uh82a6e8_escapgl2guidelines.pdf
- European Scientific Counsel Companion Animal Parasites (2011). ESCCAP guideline 3: control of ectoparasites in Dogs and Cats. Acedido em Mar. 5, 2017, disponível em: [http://www.esccap.org/uploads/docs/uswsanew ESCCAP Guideline 03 Fifth Edition April 2016.pdf](http://www.esccap.org/uploads/docs/uswsanew_ESCCAP_Guideline_03_Fifth_Edition_April_2016.pdf)
- Feaver, J., Mendl, M. & Bateson, P. (1986). Variation in domestic cat behaviour towards humans: a paternal effect. *Animal Behaviour*. 34(6), 1890-1892.
- Fieni, F., (2006). Clinical evaluation of the use of aglepristone to treat cystic endometrial hyperplasia-pyometra complex in bitches. *Theriogenology*. 66, 1550–1556.
- Fieni, F., Topie, E. & Gogny, A. (2014). Medical Treatment for Pyometra in Dogs. *Reproduction in Domestic Animals*. 49 (2), 28–32.
- Fitch, A. (2013). Unique aspects of processing animal crime scenes [Webinar]. National District Attorneys Association: www.ndaa.org/animal_abuse_training_webinars.html
- Freeman, L., Becvarova, I., Cave, N., MacKay, C., Nguyen, P., Rama, B., Takashima, G., Tiffin, R., Tsjimoto, H. & van Beukelen, P. (2011). Nutritional assessment guidelines. *Journal of Small Animal Practice*. 52, 385-396.
- Garcia, R. (2015). *Público: Número de animais abandonados em Portugal atingiu pico em 2014*. Acedido em Set. 12, 2016, disponível em: <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/numero-de-animais-abandonados-em-portugal-atingiu-pico-em-2014-1705294>
- Gingrich, E. & Lappin, M. (2013). Practical Overview of Common Infectious Disease Agents. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 297-328). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Griffin, B. (2013). Feline care in the animal shelter. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 145-184). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Griffin, B., Bushby, P. A., McCobb, E., White, S. C., Rigdon-Brestle, Y. K., Appel, L. D., Makolinski, K. V., Wilford, C. L., Bohling, M. W., Eddlestone, S. M., Farrel, K. A., Ferguson, N., Harrison, K., Howe, L. M., Levy, J. K., Looney, A., Moyer, M. R., Robertson, S. A. & Tyson, K. (2016). The Association of Shelter Veterinarians' 2016 Veterinary Medical Care Guidelines for Spay-Neuter Programs, *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 249 (2), 165-188.
- Guarda Nacional Republicana (2017). *Comunicado: Maus tratados a animais de companhia - balanço de 2016*. Acedido em Mar. 7, 2017, disponível em: <http://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4187>
- Guerreiro, A. (2014). *Público: Trinta mil animais abandonados em 2013 e número duplicou desde 2008*. Acedido em Set. 12, 2016, disponível em: <https://www.publico.pt/local/noticia/trinta-mil-animais-abandonados-em-2013-e-numero-duplicou-desde-2008%20-2013-1667345>

- Hansen B.D., Hardie E.M. & Carroll G.S. (1997). Physiological measurements after ovariohysterectomy in dogs: what's normal? *Applied Animal Behaviour Science*. 51(11), 101-109.
- Holton, L., Reid, J., Scott, E. M., Pawson, P., Nolan, A.M. (2001) Development of a behavior-based scale to measure acute pain in dogs. *The Veterinary Records*. 148 (17), 525-531.
- Hurley, K. & Pesavento, P. (2013). *Disease recognition and diagnostic testing*. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 329-342). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Hurley, K. (2015). Shelter Medicine Today: Where We Are Now. Acedido em Set. 15, 2016, disponível em: <http://www.vin.com/members/cms/project/defaultadv1.aspx?id=6671627&pid=11452>
- Jitpean, S., Ambrosen, A., Emanuelson, U. & Hagman, R. (2017). Closed cervix is associated with more severe illness in dogs with pyometra. *BMC Veterinary Research*. 13 (11), 1-7.
- Kessler, M. R. & Turner, D. C. (1997). Stress and adaptation of cats (*Felis Silvestris Catus*) housed singly, in pairs and in groups in boarding catteries. *Animal Welfare*. 6(3), 243-254.
- Kirk, S. K. (2012). *Emergency shelter medicine* [Webinar]. ASPCApro: <http://aspcapro.org/online-courses-field-investigations-and-response>
- Kustritz, M. V. R. (2009) Effect of Age at the Time of Spay or Castration on Long-Term Health of Dogs and Cats. In: S. J. Ettinger & E. C. Feldman (Eds.) *Textbook of Veterinary Internal Medicine*. Philadelphia, W.B. Saunders.
- L. Miller & S. Zawistowski (2013). Behavioral Enrichment. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 541-558). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Lara, V. M., Donadeli, M. P., Cruz, F. S. & Carregaro, A. B. (2008). Antimicrobial multiresistence of *Escherichia coli* strain isolated from bitches with pyometra. *Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia*. 60 (4), 1032-1034.
- Larson, L., Newbury, S. & Shultz, R. D. (2009). Chapter 5: Canine and feline vaccinations and immunology. In: Miller L, Hurley K (Eds.) *Infectious Disease Management in Animal Shelters*. (pp. 61-82) Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Leary, S., Underwood, W., Anthony, R., Cartner, S., Corey, D., Grandin, Greenacre, C., Gwaltney-Brant, S., McCrackin, M. A., Meyer, R., Miller, D., Shearer, J. & Yanong, R. (2013). AVMA Guidelines for the euthanasia of animals: 2013 Edition. Acedido em Abr. 30, 2017, disponível em: <https://www.avma.org/KB/Policies/Documents/euthanasia.pdf>
- Lee, R., Zeglen, M.E., Ryan, R. & Hines, L.M. (1983). Guidelines: animals in nursing homes. *California Veterinarian*. 3, 22-26.
- Lefebvre, D., Giffroy, J. M. & Diederich, C. (2009). Cortisol and behavioral response to enrichment in military working dogs. *Journal of Ethology*. 27 (2), 255-265.
- Lei nº 27/2016 de 23 de agosto. *Diário da República n.º 161/2016, Série I*. Assembleia da República. Lisboa

- Lei nº 69/2014 de 29 de agosto. *Diário da República n.º 166/2014, Série I*. Assembleia da República. Lisboa
- Lei nº 8/2017 de 3 de março. *Diário da República n.º 45/2017, Série I*. Assembleia da República. Lisboa
- Levy, J. (2013). Emergency Response to Large-Scale Cat Cruelty Cases. Acedido em Jan. 9, 2017, disponível em <http://www.vin.com/members/cms/project/defaultadv1.aspx?id=6084315&pid=11380>
- Lopez, J. (2012). *Large scale cruelty seizures* [Webinar]. National District Attorneys Association: www.ndaa.org/animal_abuse_training_webinars.html
- Maia, C., Dionísio, L., Afonso, M., Neto, L., Cristóvão, J. & Campino, L. (2013). Leishmania infection and host-blood feeding preferences of phlebotomine sandflies and canine leishmaniasis in an endemic European area, the Algarve Region in Portugal. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 108(4), 481–487.
- Maia, C., Nunes, M. & Campino, L. (2008). Importance of cats on zoonotic leishmaniasis in Portugal. *Vector Borne Zoonotic Diseases*. 8, 555-560.
- Mandelker, L. (2006, June 23). Pain meds for dog with open pyometra, being treated Medically [Mensagem 6]. Message colocada em <http://www.vin.com>, arquivada em: <http://www.vin.com/Members/Boards/DiscussionViewer.aspx?documentid=3441646&ViewFirst=1&FindSince=26280000>
- Mathews, K., Kronen, P. W., Lascelles, D., Nolan, A., Robertson, S., Steagall, P. V., Wright, B. and Yamashita, K. (2014). Guidelines for recognition, assessment and treatment of pain. *Journal of Small Animal Practice*, 1-59, Acedido em set.14, 2016, disponível em http://www.wsava.org/sites/default/files/jsap_0.pdf
- Mawby, D. I., Whittemore, J. C., Genger, S. & Papich, M. G. (2014). Bioequivalence of orally administered generic, compounded, and innovator-formulated itraconazole in healthy dogs. *Journal of Veterinary Internal Medicine*. 28(1), 72-7
- McBride, J. (2013). Legal issues for shelters. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 59-82). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- McCune, S. (1995). The impact of paternity and early socialization on the development of cats' behavior to people and novel objects. *Applied Animal Behavior Science*. 45, 109–124.
- McMillan, F. D., Duffy, D. L., Zawistowski, S. L. & Serpell, J. A. (2015) Behavioral and psychological characteristics of canine victims of abuse. *Journal of Applied Animal Welfare Science*. 18(1), 92-111.
- Melius, E. (2014). *Fundamentals of emergency sheltering* [Webinar]. ASPCApro: <http://aspcapro.org/online-courses-field-investigations-and-response>
- Merck, M. D. (2014). Large Scale Cruelty Cases: The Veterinarian's Role in Managing and Processing the Animals. Acedido em Jan. 6, 2017, disponível em <http://www.vin.com/members/cms/project/defaultadv1.aspx?id=6461699&pid=11402>
- Merck, M.D. (Ed.) (2013). *Veterinary Forensics: Animal Cruelty Investigations*. (2nd ed.). Ames, Iowa, USA: John Wiley & Sons, Inc.

- Miller, K. & Watts, K. (2015). Environmental and behavioral enrichment for cats. In E. Weiss, H. Mohan-Gibbons & S. Zawistowski (Eds.) *Animal behavior for shelter veterinarians and staff*. (pp. 234-250). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Miller, L. & Janeczko, S. (2013). Canine care in the animal shelter. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 115-144). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Miller, L. & Zawistowski, S. (2004). Section 5: animal cruelty – introduction. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter medicine for veterinarians and staff* (pp.425-426). Ames, Iowa, USA: Blackwell Publishing.
- Moriello, K. (2016). Dermatophytosis: decontamination recommendations. In: S. Little (Ed.) *August's Consultations in Feline Internal Medicine, volume 7* (pp. 317-326). St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences.
- Moriello, K. A., Coyner, K., Paterson, S. & Mignon, B. (2017). Diagnosis and treatment of dermatophytosis in dogs and cats - clinical consensus guidelines of the World Association for Veterinary Dermatology. *Veterinary Dermatology*. 28, 266-303.
- Möstl, K., Egberink, H., Addie, D., Frymus, T., Boucraut-Baralon, C., Truyen, U., Hartmann, K., Lutz, H., Gruffydd-Jones, T., Radford, A. D., Lloret, A., Pennisi, M. G., Hosie, M. J., Marsilio, F., Thiry, E., Belák, S. & Horzinek, M. C. (2013). Prevention of infectious diseases in cat shelters: ABCD guidelines. *Journal of Feline Medicine and Surgery*. 15(7), 546-54.
- Mueller, R. S. & Bettenay, S. V. (2010). Skin scrapings and skin biopsies. In: S. J. Ettinger & E. C. Feldman (Eds.) *Textbook of Veterinary Internal Medicine* (pp.368–371). Philadelphia, W.B. Saunders
- Mueller, R. S., Bensignor, E., Ferrer, L., Holm, B., Lemarie, S., Paradis, M. & Shipstone, M. A. (2012). Treatment of demodicosis in dogs: 2011 clinical practice guidelines. *Veterinary Dermatology*. 23, 86–96.
- Munro, H.M. & Thrusfield, M.V. (2001). 'Battered pets': features that raise suspicion of non-accidental injury. *Journal of Small Animal Practice*. 42 (5), 218-226.
- Munro, R. & Munro, M. C. (2008a). Fundamentals on animal abuse. In R. Munro & M. C. Munro (Eds.) *Animal abuse and unlawful killing – forensic veterinary pathology*. (pp.3-5) Saunders Elsevier
- Munro, R. & Munro, M. C. (2008a). Non-accidental injury. In R. Munro & M. C. Munro (Eds.) *Animal abuse and unlawful killing – forensic veterinary pathology*. (pp.6-10) Saunders Elsevier
- Newberry, R.C. (1995) Environmental enrichment: increasing the biological relevance of captive environments. *Applied Animal Behaviour Science*. 44, 229–243.
- Newberry, S. & Munro, R. (2011). Forensic veterinary medicine: 1. Investigation involving live animals. *In Practice*. 33, 220–227.
- Newbury, S & Hurley, K. (2013). Population management. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 93-114). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.

- Newbury, S. & Moriello, K. (n.d.). Dermatophyte treatment in a Nutshell. Acedido em Mar. 27, 2017, disponível em: https://www.giveshelter.org/images/stories/Programs/Ringworm_Treatment/About_Us.pdf
- Newbury, S. & Smith, M. M. (2011). Shelter guidelines: animal transport [Webinar]. ASPCApro: <http://aspcapro.org/webinar/20110825/shelter-guidelines-animal-transport>
- Newbury, S., Blinn, M.K., Bushby, P.A., Cox, C.B., Dinnage, J.D., Griffin, B., Hurley, K.F., Isaza, N., Jones, W., Miller, L., O'Quin, J., Patronek, G.J., Smith-Blackmore, M. & Spindel, M. (2010). *Guidelines for standards of care in animal shelters*. Camas: Association of Shelter Veterinarians. Acedido em Out. 25, 2016, disponível em: <http://www.sheltervet.org/assets/docs/shelter-standards-oct2011-wforward.pdf>
- Olivry, T. et al (2010). International Task Force of Canine Atopic Dermatitis - New diagnostic criteria for canine atopic dermatitis. *Veterinary Dermatology*. 21, 123–6.
- Patronek, G. (1998) Issues and guidelines for veterinarians in recognizing, reporting, and assessing animal neglect and abuse. In *Recognizing & Reporting Animal Abuse: A Veterinarian's Guide*. Englewood, Colorado: American Humane Association.
- Patronek, G. (2001). The problem of animal hoarding. *Municipal Lawyer*. 19, 6–9.
- Patronek, G.J. (2004). Animal cruelty, abuse, and neglect. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter medicine for veterinarians and staff* (pp.427-452). Ames, Yowa, USA: Blackwell Publishing.
- PetSmart Charities (2003). *Report on Adoption Forum II*, Phoenix, Arizona.
- Phillips, A. & Lockwood, R. (2013) *Investigating and Prosecuting Animal Abuse*. National District Attorneys Association. Acedido em Out. 14, 2016, disponível em: <http://www.ndaa.org/pdf/NDAA%20Animal%20Abuse%20monograph%20150dpi%20complete.pdf>
- Plumbs, D. C. (2015a). *Plumb's Veterinary Drug Handbook* (8th ed.) - Itraconazole. Acedido em Jun. 23, 2017, disponível em: <http://www.vin.com/members/cms/project/defaultadv1.aspx?pld=451&catId=2058&id=4692302>
- Plumbs, D. C. (2015b). *Plumb's Veterinary Drug Handbook* (8th ed.) - Cephalexin. Acedido em Jun. 28, 2017, disponível em: <http://www.vin.com/members/cms/project/defaultadv1.aspx?pld=451&catId=2052&id=4692105>
- Portaria nº 264/2013 de 16 de agosto. Diário da República nº 157/2013 - Série I. Ministérios das Finanças, da Administração Interna e da Agricultura, do Mar, do Ambiente e do Ordenamento do Território. Lisboa.
- Reid, J., Nolan A. M., Hughes, J. M. L., Lascelles, D., Pawson, P. & Scott, E. M. (2007) Development of the short-form Glasgow Composite Measure Pain Scale (CMPS-SF) and derivation of an analgesic intervention score. *Animal Welfare*. 16, 97-104.
- Reid, J., Scott, E. M., Calvo, G. & Nolan, A. M. (2017) Definitive Glasgow acute pain scale for cats: validation and intervention level. *Veterinary Record*. Publicado online, disponível em <http://www.napier.ac.uk/~media/worktribe/output-683568/definitive-glasgow-acute-pain-scale-for-cats.pdf>

- Reid, P. J. (2013). Animal behavior forensics: evaluation of dangerous dogs and cruelty victims. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 559-568). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Reider, L. (2016). Maximizing offsite cat adoption success (part two) [Webinar]. ASPCApro: <http://www.aspcapro.org/webinar/20160524/offsite-cat-adoption-success-2>
- Reisman, R. (2013) Veterinary Forensics: medical evaluation of abused live animals. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 380-406). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Rickey, T. (2012). *Rescuing Animals from Cruelty and Disasters* [Webinar]. ASPCApro: <http://aspcapro.org/online-courses-field-investigations-and-response>
- Rosa, N. (2009). Rastreio de dirofilariose e de leishmaniose em gatos da área metropolitana de Lisboa. Dissertação de mestrado integrado em Medicina Veterinária. Lisboa: Faculdade de Medicina Veterinária - Universidade Técnica de Lisboa.
- Royal Society for the Prevention of Cruelty to Animals (n.d.). Investigating animal cruelty. Acedido em Jan. 14, 2017, disponível em <https://www.rspca.org.uk/whatwedo/endcruelty/investigatingcruelty>
- Scarlett, J. (2013) *Epidemiology of infectious diseases in shelter populations*. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 287-296). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Scherk, M. A., Ford, R. B., Gaskell, R. M., Hartmann, K., Hurley, K. F., Lappin, M. L., Levy, J. K., Little, S. E., Nordone, S. K. & Sparkes, A. H. (2013) 2013 AAEP Feline Vaccination Advisory Panel report. *Journal of Feline Medicine and Surgery*. 15, 785-808.
- Schipper, L.L., Vinke, C.M., Schilder, M.B.H. & Spruijt, B .M. (2008). The effect of feeding enrichment toys on the behaviour of kennelled dogs (*Canis familiaris*). *Applied Animal Behaviour Science*. 114, 182–195.
- Schlaffer, L. & Bonacci, P. (2013). *Shelter design*. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 21-36). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell
- Shell, L. (2012). Leishmaniasis (Zoonotic) Acedido em Jul. 14, 2017,dísponível em <http://www.vin.com/Members/Associate/Associate.plx?from=GetDzInfo&DiseaseId=249>
- Siegford, J.M., Walshaw, S.O., Brunner, P. & Zanella, A.J. (2003). Validation of a temperament test for domestic cats. *Anthrozoös*. 16, 332–351.
- Siqueira, A. K., Ribeiro, M. G., Salermo, T., Takahira, R. K., Lopes, M. D., Prestes, N. C. & Silva, A. V. (2008). Perfil de sensibilidade e multirresistência em linhagens de *Escherichia coli* isoladas de infecção do trato urinário, de piómetra e de fezes de cão. *Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia*. 60 (5), 1263-1266.
- Siqueira, A. K., Ribeiro, M. G., Salermo, T., Takahira, R. K., Lopes, M. D., Prestes, N. C. & Silva, A. V. (2008). Perfil de sensibilidade e multirresistência em linhagens de *Escherichia coli* isoladas de infecção do trato urinário, de piómetra e de fezes de cão. *Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia*. 60 (5), 1263-1266.

- Slater, M. R., Miller, K.A., Weiss, E., Makolinski, K. V. & Weisbrot, L. A. (2010). A survey of the methods used in shelter and rescue programs to identify feral and frightened pet cats. *Journal of Feline Medicine and Surgery*. 12, 592-600.
- Slater, M., Garrison, L., Miller, K., Weiss, E., Makolinski, K. V. & Drain, N. (2013). Physical and behavioral measures that predict cats' socialization in an animal shelter environment during a three day period. *Animals*. 3, 1215-1228.
- Smith-Blackmore, M.(2013).Euthanasia. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 469-494). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Spindel, M. (2013) *Strategies for management of infectious diseases in a shelter*. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 381-386). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Stafford, J. & Novotny, R. (2014). *Collaborative Animal Cruelty Investigations* [Webinar]. National District Attorneys Association: www.ndaa.org/animal_abuse_training_webinars.html
- Sternberg, S. (2002). *Great dog adoptions: a guide forshelters*. Alameda, CA :The Latham Foundation.
- The Companion Animal Parasite Council (2011). Guidelines for controlling internal & external parasites. Acedido em Mar. 6, 2017, disponível em http://www.petsandparasites.org/images/uploads/documents/CAPC_Guidelines_2.1_1_LR.pdf
- UC Davis Koret Shelter Medicine Program (2015a). Shelter intake and pathway planning. Acedido em Nov. 3, 2016, disponível em: <http://www.sheltermedicine.com/library/resources/shelter-intake-and-pathway-planning>
- UC Davis Koret Shelter Medicine Program (2015b). Ringworm (Dermatophytosis). Acedido em Mar. 27, 2017, disponível em <http://www.sheltermedicine.com/library/resources/ringworm-dermatophytosis>
- UC Davis Koret Shelter Medicine Program (2015c). Vaccination in animal shelters. Acedido em Mar. 27, 2017, disponível em <http://www.sheltermedicine.com/library/resources/vaccination-in-animal-shelters>
- UC Davis Koret Shelter Medicine Program (2015d). - Instructions for daily monitoring of animal health and behavior. Acedido em Mar. 10, 2017, disponível em <http://www.sheltermedicine.com/library/resources/instructions-for-daily-monitoring-of-animal-health-and-behavior>
- União Zoófila (2016). *Breve história da União Zoófila*. Acedido em Nov. 16, 2016, disponível em: http://www.uniaozoofila.org/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=3
- Weiss, E. & Mohan-Gibbons, H. (2013). *Behavior evaluation, adoption, and follow-up*. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 531-540). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.

- Weiss, E. (2012). Canine Assessment: SAFER Overview and Research [Webinar]. Acedido em Ago. 2, 2017, disponível em: <http://www.aspcapro.org/webinar/20121128/safer-overview-research>
- Welborn, L. V., DeVries, J. G., Ford, R., Franklin, R. T., Hurley, K. F., McClure, K. D., Paul, M. A. & Schultz, R. D. (2011). 2011 AAHA canine vaccination guidelines. *Journal of the American Animal Hospital Association*. 47, 1-42.
- Windham, R. (2012a). *Field sheltering and temporary shelters* [Webinar]. ASPCApro: <http://aspcapro.org/online-courses-field-investigations-and-response>
- Windham, R. (2012b). *Veterinary forensics* [Webinar]. ASPCApro: <http://aspcapro.org/online-courses-field-investigations-and-response>
- Wolf, S. (2013). Overview of animal cruelty laws. In L. Miller & S. Zawistowski (Eds.), *Shelter Medicine for Veterinarians and Staff* (2nd ed.). (pp. 371-382). Ames, Iowa, USA: Wiley-Blackwell.
- Wolf, S. (n.d.). Costs of Caring for Seized Animals. Acedido em Ago. 12, 2017, disponível em: <http://aspcapro.org/resource/disaster-cruelty-animal-cruelty/costs-caring-seized-animals>
- Young, R.J. (2003) *Environmental enrichment for captive animals*. Universities Federation for Animal Welfare, Oxford, UK.

VIII. ANEXOS

Anexo 1. Sistema alfanumérico de ID de animais envolvidos em investigações de maus-tratos utilizado pela ASPCA (Destreza, 2012)

Letra	Número	Letra	Número	- 0#
1ª letra indica edifício/ zona onde o animal foi encontrado	1º número indica divisão/parte do edifício/zona onde o animal foi encontrado	2ª letra indica ala/secção de jaulas onde o animal foi encontrado	2º número indica jaula na qual o animal foi encontrado	# indica o número do animal na jaula

Exemplo: A5C9-002

Animal encontrado no **Edifício A/ Divisão 5/ Ala C/Jaula 9/ 2º animal encontrado naquela jaula.**

As crias encontradas com a progenitora mantêm a identificação da mãe adicionado de C1, C2, C3, etc. (cachorro) ou G1, G2, G3, etc. (gatinho) **(Exemplo: A5C9-002C1)**

Nota: este sistema permite, a qualquer altura, localizar o animal na cena de crime e pode auxiliar, mais tarde, a distribuição de animais no abrigo consoante as suas afinidades e exposição a agentes infecciosos.

Anexo 2. Exemplo de sistema de sinalização por cores dos animais em estado não-crítico utilizado pela ASPCA (ASPCA, n.d.2)

Cor	Descrição
Azul	Casos que necessitam de atenção médica (Animais em estado não-crítico mas que devem receber assistência depois da chegada ao abrigo.)
Rosa	Fêmea grávida ou a amamentar (Animais devem ser mantidos em local separado e o mais sossegado possível.)
Amarelo	Agressivo (Animal demonstrou agressividade na remoção/manipulação e deve ser manipulado com precaução.)
Vermelho	Mordedura ou quarentena (Animal que mordeu na remoção/manipulação. Deve ser manipulado com extrema precaução e alojado em regime de quarentena uma vez no abrigo.)

Anexo 3. Processo de diagnóstico de alguns exemplos de lesões provocadas por maus-tratos (Merck, 2013; Reisman, 2013)

Negligência	Tipo de lesão	Pesquisar por:	Plano de diagnóstico
	ICC baixo por fome	<ul style="list-style-type: none"> • ICC muito magro ou emaciado (perda de musculo e gordura) • Perda de musculatura (mais visível na região temporal), fraqueza e postura arqueada (miopatia degenerativa secundária a catabolismo muscular intenso) • Atrofia de outros tecidos (p. ex. fígado, rim, pâncreas, linfonodos e gordura) • Trombocitose, hipoalbuminemia e anemia • Úlceras gástricas e melena (perto da morte) • Feridas de decúbito • Pelo acastanhado em gatos pretos por redução/ausência de deposição de melanina (Anderson, Rogers & Morris, 2002) • Evidência de picacismo • Feridas por mordedura num grupo de cães emaciados (luta por alimento) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma e bioquímica sanguínea • Exame do conteúdo estomacal e das fezes • Documentar peso e ICC no início e, pelo menos, quando o animal recuperar o seu ICC ideal – o ganho de peso devido principalmente a uma alimentação adequada, sem intervenção médica significativa, é a maior prova de que o animal passou fome
	Coleira cravada no pescoço	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais visíveis de trauma • Odor nauseabundo devido a infecção e necrose 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotografar a lesão antes e depois da tricotomia e a coleira com o sangue e tecido aderidos • Medir largura e profundidade da ferida • Preservar a coleira • Realizar biópsia de pele (desde a superfície com pelo, passando pelo tecido de cicatrização até ao tecido saudável) para determinação da idade da lesão
	Pelo emaranhado	<ul style="list-style-type: none"> • Novelos de pelo emaranhado • Fezes, urina ou outro material estranho agregado ao pelo • Odor nauseabundo • Pododermatite • Unhas compridas e/ou cravadas nas almofadas plantares • Lesões de estrangulamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotografar antes da tosquia • Tosquiar o pelo emaranhado • Fotografar animal depois da tosquia e depois de <i>grooming</i> adequado • Documentar lesões por estrangulamento
	Falha em proporcionar cuidados médico-veterinários	<ul style="list-style-type: none"> • Parasitismo interno e/ou externo crônicos • Lesões físicas • Feridas por mordedura 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar tratamento adequado • Implementar um plano profilático • Incluir nas notas quais os cuidados médico-veterinários padrão e o tratamento que qualquer pessoa razoavelmente prudente proporcionaria dado o mesmo conjunto de circunstâncias

Anexo 3 (continuação). Processo de diagnóstico de alguns exemplos de lesões provocadas por maus-tratos (Merck, 2013; Reisman, 2013)

Abuso	Tipo de lesão	Pesquisar por:	Plano de diagnóstico
	Lesões por trauma contundente - contusões, abrasões, lacerações, hemorragias e fraturas	<ul style="list-style-type: none"> Evidência de contusões ou cortes em processo de cicatrização (indicativos de abuso físico repetitivo, crônico) Detritos embutidos na pele ou pelo, que podem indicar arrasto ou arremesso Ossos ou costelas fraturadas, incluindo evidência de lesões antigas 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografias Registrar localização, tamanho e forma para relacionar com potencial arma
	Traumatismo craniano	<ul style="list-style-type: none"> Assimetrias devidas a contusões ou fraturas Apatia/ estupor Anisocoria, hemorragia episcleral, fratura de dentes, osso zigomático ou outros ossos cranianos, ruptura das membranas timpânicas, hemorragia pulpar e lacerações gengivais, petéquias 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografias Exame do ouvido interno
	Lesões das extremidades dos membros	<ul style="list-style-type: none"> Unhas desgastadas Almofadas plantares rasgadas Detritos entre almofadas plantares e pelo ou dentro da unha danificada 	<ul style="list-style-type: none"> Fazer deslizar as extremidades em papel para preservar vestígios
	Queimaduras	<ul style="list-style-type: none"> Odor invulgar característico de substâncias inflamáveis Dimensão da área da queimadura 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar tipo de queimadura (térmica, química ou elétrica) Histopatologia da queimadura (biópsia) para determinar profundidade (superficial, profunda parcial ou profunda) Quando suspeito, testar para resíduos de acelerantes no pelo e pele e confirmar por zaragatoa da lesão e tecido envolvente antes e depois do tratamento Fotografar padrões de queimadura
	Lutas de cães	<ul style="list-style-type: none"> Perfurações típicas na cara, pescoço e membros anteriores Evidência de inanição prolongada e espancamento Evidência do uso de corrente pesada como coleira 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar testes de pesquisa de esteróides, analgésicos, hormonas ou diuréticos
	Ferimentos por arma de fogo	<ul style="list-style-type: none"> Pelo forçado para dentro e para fora no orifício de entrada e de saída, respetivamente Pelo chamuscado Orla de contusão Resíduos de disparo sobre ou dentro da ferida 	<ul style="list-style-type: none"> Remover as balas com dedos ou pinça envolta em algodão Fotografar cada ferida antes e depois da limpeza Fazer tricotomia e registrar o padrão da nuvem de resíduos
	Lesões por ligadura	<ul style="list-style-type: none"> Lesão de esmagamento na pele, vasos sanguíneos e tecido de aparência linear, mais comum no focinho e extremidades Tecido envolvente pode estar inflamado ou infectado 	<ul style="list-style-type: none"> Padrão de contusão característico Procurar e preservar vestígios
	Ferimentos por arma branca	<ul style="list-style-type: none"> Comprimento e tipo de lâmina Notar o afunilamento numa ou em ambas as extremidades da ferida 	<ul style="list-style-type: none"> Medir as feridas exteriores Medir a profundidade da ferida Fazer zaragatoa para detetar ADN (animal ou humano)
	Envenenamento	<ul style="list-style-type: none"> Alterações dos sinais vitais e das funções cardiovascular, hematológica, neurológica, musculoesquelética e gastrointestinal Ulceração ou inflamação da pele, olhos e mucosa oral 	<ul style="list-style-type: none"> Colher vômito, sangue e urina para testes toxicológicos Utilizar radiografia, ultrassonografia e/ou endoscopia para detetar material radiopaco tipo osso muitas vezes presente em iscos envenenados

[illegible]

Ficha Clínica para animais vítimas de maus-tratos (continuação)

Plano de diagnóstico

Exames complementares de diagnóstico efetuados

(em anexo)

☐ HG/...../..... R:

☐ BQ/...../..... R:

☐ UA II/...../..... R:

☐ RX/...../..... R:

☐ US/...../..... R:

☐ L.Wood/...../..... R:

☐ Outro(s)/...../..... R:

...../...../..... R:

...../...../..... R:

...../...../..... R:

Testes rápidos efetuados

☐ FIV/...../..... + / - / ?

☐ FeLV/...../..... + / - / ?

☐ CPV/...../..... + / - / ?

☐ Leish/...../..... + / - / ?

☐ Dirof/...../..... + / - / ?

☐ Outro(s)/...../..... + / - / ?

...../...../..... + / - / ?

...../...../..... + / - / ?

...../...../..... + / - / ?

Diagnóstico

Terapêutica/Recomendações

Vacinas administradas

Gato:

☐ RCP/...../..... Reforço(s)/...../.....

☐ Raiva/...../..... Reforço(s)/...../.....

☐ Outra/...../.....

Reforço(s)/...../.....

Cão:

☐ DAP(Pi)/...../..... Reforço(s)/...../.....

☐ CPiV+Bb/...../..... Reforço(s)/...../.....

☐ Raiva/...../..... Reforço(s)/...../.....

☐ Outra/...../..... Reforço(s)/...../.....

(Boletim sanitário em anexo ☐)

Desparasitações efetuadas (pesar antes de administrar)

☐ Interna (produto/dose/data)/...../..... ☐ Externa (produto/dose/data)/...../.....

Desp. Adicionais (produto/dose/data)/...../..... Desp. Adicionais (produto/dose/data)/...../.....

Castração/Esterilização

☐ Agendada para/...../..... ☐ Realizada (atualizar gênero no cabeçalho) ☐ Não Motivo:

Disposição

CAMV ☐ Início/...../..... Alta/...../..... Eutanásia ☐/...../..... (Relatório em anexo ☐)

Abriço ☐ Início/...../..... canil/gatil nº: Quarentena/Isolamento/Normal/Tratamento/Gestante ou a amamentar/Outro (Assinalar o que se aplica)

Transf./...../..... canil/gatil nº: Quarentena/Isolamento/Normal/Tratamento/Gestante ou a amamentar/Outro (Assinalar o que se aplica)

Transf./...../..... canil/gatil nº: Quarentena/Isolamento/Normal/Tratamento/Gestante ou a amamentar/Outro (Assinalar o que se aplica)

Transf./...../..... canil/gatil nº: Quarentena/Isolamento/Normal/Tratamento/Gestante ou a amamentar/Outro (Assinalar o que se aplica)

Observações

Examinado por

(assinatura do MV)

(vinheta do MV)

, de de 20.....
(Local e data)

Anexo 6. Formulário de ferimentos e cicatrizes (Adaptado de ASPCApro, disponível em <http://aspcapro.org/resource/disaster-cruelty-animal-cruelty-animal-fighting/sample-documents-cruelty-cases>)

Formulário de ferimentos e cicatrizes

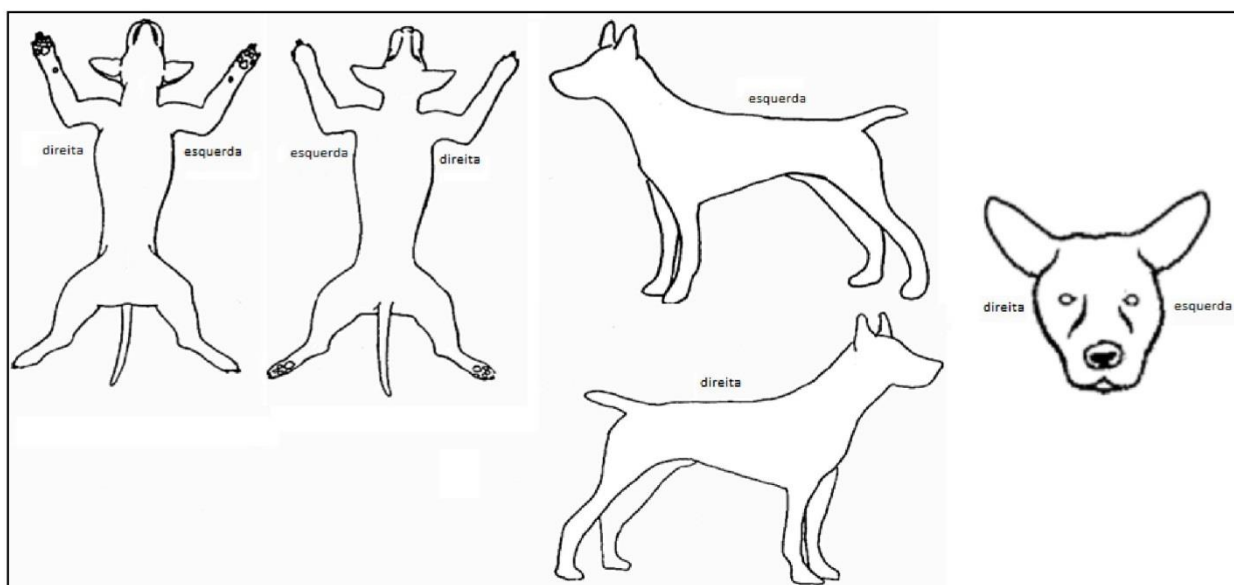
Página 1/1

Nota: Marcar ferimentos recentes a **VERMELHO**; marcar cicatrizes a **AZUL**

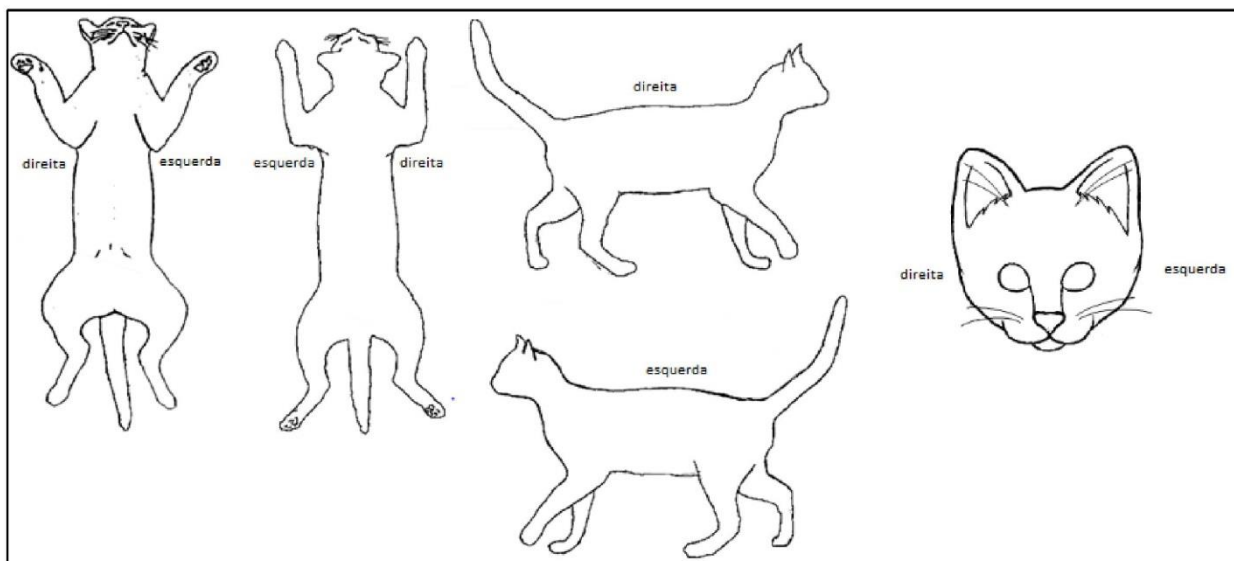
CASO LEGAL #: **DATA:**/...../..... **ID LEGAL ANIMAL #:**

Sinais particulares / Comentários:

CÃO ☐



GATO ☐



Examinado por de de 20.....
(assinatura do MV) (vinheta do MV) (Local e data)

Formulário de pele, pelo & unhas

Página 1/1

CASO LEGAL #: _____ DATA: ____/____/____ ID LEGAL ANIMAL #: _____

Sinais particulares / Comentários: _____

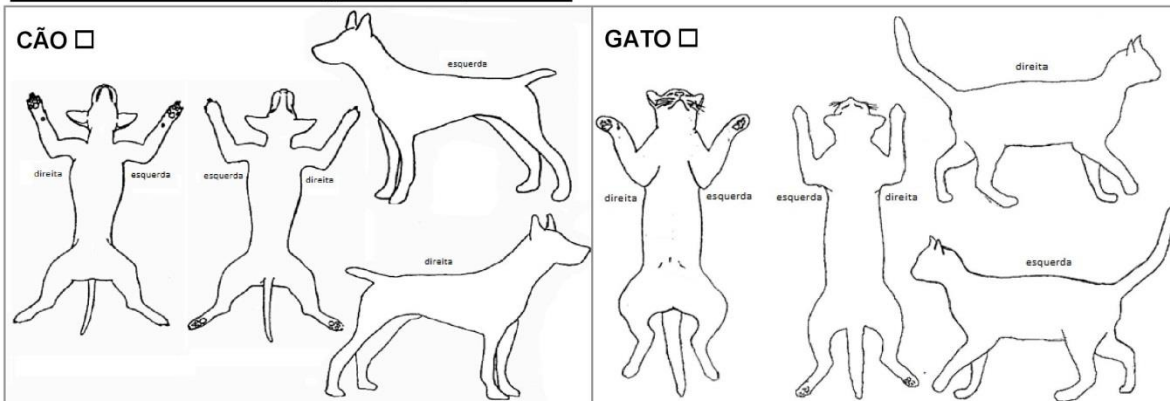
PELO COMPRIDO (CÃO/GATO) ☐

Assinalar tudo o que se aplica				Notas
Pelo emaranhado formando um único novelo que impede o movimento normal e interfere com a visão; necessária tosquia completa Sim ____ Não ____	Emaranhamento considerável com grandes segmentos de pelo formando novelos; necessária tosquia completa Sim ____ Não ____	Muitos novelos, mas é possível o grooming sem tosquia completa Sim ____ Não ____	Pelo está sujo e/ou tem alguns novelos Sim ____ Não ____	
Material estranho embutido nos novelos Sim ____ Não ____	Fezes visíveis no pelo Sim ____ Não ____	Pelo tingido por fezes/urina (assinalar as que se aplicam): ____ nos membros ____ no abdômen ____ na zona perianal ____ outra Sim ____ Não ____ Descreva _____	Pelo com odor forte e nauseabundo; necessário 1 ou mais banhos para resolver Sim ____ Não ____	
Pododermatite Sim ____ Não ____	Comprimento das unhas (assinalar a que se aplica): ____ extremamente compridas ____ compridas ____ normal	Unhas penetram almofadas plantares (descrever; existe inflamação, dor?) Sim ____ Não ____ Descreva _____	Unhas interferem com a marcha normal Sim ____ Não ____	

PELO CURTO (CÃO/GATO) ☐

Assinalar tudo o que se aplica				Notas
Pelo sujo Sim ____ Não ____	Fezes visíveis no pelo Sim ____ Não ____	Pelo tingido por fezes/urina (assinalar as que se aplicam): ____ nos membros ____ no abdômen ____ na zona perianal ____ outra Sim ____ Não ____ Descreva _____	Pelo com odor forte e nauseabundo; necessário 1 ou mais banhos para resolver Sim ____ Não ____	
Pododermatite Sim ____ Não ____	Comprimento das unhas (assinalar a que se aplica): ____ extremamente compridas ____ compridas ____ normal	Unhas penetram almofadas plantares (descrever; existe inflamação, dor?) Sim ____ Não ____ Descreva _____	Unhas interferem com a marcha normal Sim ____ Não ____	

Assinalar os achados no diagrama correspondente:



Anexo 8. Inventário de provas (Adaptado de ASPCApro, disponível em <http://aspcapro.org/resource/disaster-cruelty-animal-cruelty-animal-fighting/sample-documents-cruelty-cases>)

Inventário de Provas

Caso #: _____ ID Animal #: _____ Data: _____ Pág: _____ de: _____

Descrição: _____

Notas: _____

[illegible]

Item: _____ Recebido por: _____	Tranferido para: _____ Por: _____
Item: _____ Recebido por: _____	Tranferido para: _____ Por: _____
Item: _____ Recebido por: _____	Tranferido para: _____ Por: _____
Item: _____ Recebido por: _____	Tranferido para: _____ Por: _____

Anexo 9. Inventário de fotografias/vídeo (Adaptado de ASPCApro, disponível em <http://aspcapro.org/resource/disaster-cruelty-animal-cruelty-animal-fighting/sample-documents-cruelty-cases>)

Inventário de Fotografias/Vídeos

Caso #: _____ Local: _____ Data: _____ Pág: _____ de: _____

Fotógrafo: _____ Tipo de câmara fotográfica/de vídeo: _____

[illegible]

Responsável : _____ Assinatura: _____

Ficha de Tratamento

ID Animal #:	Descrição:	Diagnóstico	Alimentação (tipo/dose diária):	Fluidoterapia (Tipo/ tamanho/taxa):	
Peso (kg):					ICC: ____/9
Idade:					Data de início: ____/____/____

[illegible]

Peso (kg)	CC	/	Data	/	Varição de peso +/-	Observações
-----------	----	---	------	---	---------------------	-------------

[illegible]

Peso (kg)	ICC	/9	Data	/	Varição de peso +/-	Observações
-----------	-----	----	------	---	---------------------	-------------

Monitorização comportamental

[illegible]

Observações:

ID ANIMAL #: _____ DATA ADMISSÃO: ____/____/____
 Descrição: _____ Idade: _____ Peso: _____ ICC: ____/____
 Canil/gatil n.º: _____

Monitorização clínica

[illegible]

Resultado da coprologia:

Resultado da coprológia: _____ Data: ____/____/____

ICC _____/9 Data ____/____/____ Variação de peso +/- _____

Peso (kg) _____

ID ANIMAL #: _____ DATA ADMISSÃO: ____/____/____
 Descrição: _____ Idade: _____ Peso: _____
 _____ ICC: _____/9

DATA								
Responsável (iniciais)								
APETITE								
Dieta especial:								
Bom								
Médio								
Petisca								
Não come								
FEZES								
Normal								
Moles								
Diarreia								
Com sangue								
Sem fezes								
Coprológia (ver resultado em baixo)								
Teste Parvovirus								
URINA								
Normal								
Excessiva								
Odor forte								
Com sangue								
Com esforço								
Sem urina								
VÔMITOS								
Alimento								
Bilis/amarelo								
Bola de pelo								
Sangue								
TOSSE								
ESPIROS (secreções)								
Transparente								
Amarelo								
Verde								
Sangue								
OLHOS								
Secção limpa								
Pú/muco								
Vermelhos/Iritados								
Inchados								

Resultado da coprologia: _____ Data: ____/____/____
 ICC _____ Data ____/____/____ Variação de peso +/- _____
 Peso (kg) _____

Monitorização comportamental

[illegible]

Observações:

Inventário de Animais envolvidos em casos de maus-tratos

Pág: _____ de: _____

[illegible]

Ficha Clínica para animais vítimas de maus-tratos

REAVALIAÇÃO

CASO LEGAL #: _____ **DATA:** ____/____/____ **ID LEGAL ANIMAL #:** _____

NºMicrochip: _____ / não tem ☐

Espécie: _____ **Raça:** _____ **Cor:** _____

Pelagem: Comprida ☐ Média ☐ Curta ☐ / Lisa ☐ Ondulada ☐ Encaracolada ☐ Cerdosa ☐

Cauda: Comprida ☐ Curta ☐ Outra situação ☐ / **Sinais particulares:** _____

Género: ☐ ♂M ☐ ♂MC ☐ ♀F ☐ ♀FE ☐ ♀Grávida ☐ ♀Com ninhada ☐ Desconhecido

Data nascimento: ____/____/____ (exata/estimada – assinalar o que se aplica)

Evolução clínica (registe as atualizações de estado de saúde e outras)

Peso _____ **kg** **ICC** _____ **/9**

Terapêutica/Recomendações (registre as alterações de terapêutica e recomendações)

Disposição

☐ **CAMV** Início / / Alta / /
☐ **Abrigo** canil/gatil nº: Quarentena/Isolamento/Normal/Tratamento/Gestante ou a amamentar/Outro (Assinalar o que se aplica)
☐ **FAT** Início / / Morada / / Contacto / /
☐ **Outro** / /
☐ **Eutanásia** / / (Relatório em anexo ☐)

Examinado por _____, de _____ de 20____

(assinatura do MV) (vinheta do MV) (Local e data)

Ficha de Alta Clínica

Página 1/1

ID ANIMAL #: _____

Data: ____/____/____

Canil/gatil nº: _____

Recomendações:

Nova disposição ☐

Canil/gatil nº: _____

Dieta: ☐ Normal ☐ Outra _____

Exercício: ☐ Sem restrições ☐ Outra _____

Outras instruções _____

Declaro que o animal acima identificado foi submetido a um exame clínico de reavaliação do qual resultou a determinação de alta clínica.

Médico Veterinário: _____

(assinatura do MV)

(vinheta do MV)

Anexo 15. Relatório técnico pericial do Médico Veterinário num caso de maus-tratos a animais de companhia (Adaptado de Merck, L. D. (2007). Appendix 20. *Veterinary Forensics – Animal Cruelty Investigations* (1ª Ed.). Iowa: Blackwell Publishing. Pp 289-290)

Pág: ____ de: ____

Relatório Técnico Pericial – Maus-tratos a animais de companhia

Caso #: _____ ID Animal #: _____

Médico Veterinário responsável pelo exame e reavaliações clínicas:

Nome: _____

Morada: _____

Contacto: _____

Data do exame clínico: ____/____/____

Animal sujeito a exame clínico:

(descrição completa do animal, incluindo espécie, raça, género, estado reprodutivo, idade estimada, a coloração completa da pelagem e qualquer sinal particular)

Motivo do exame clínico:

(p. ex. animal conhecido como vítima de abuso)

Achados da cena do crime e forenses:

(observados pessoalmente ou fornecidos por autoridade policial, situação em que deve estar registado 'De acordo com o Agente [nome]...' no início do relato)

História pregressa:

Achados clínicos:

Exame físico:

Exames complementares de diagnóstico efetuados, resultados e sua interpretação:

Evidências de lesões infligidas:

Provas recolhidas e resultados de testes realizados sobre essas provas:

Resumo:

(enumerar todos os achados pertinentes do exame clínico e dos resultados de testes efetuados; fazer um resumo das lesões; escrever esta secção da forma mais leiga possível)

Tratamentos efetuados e evolução clínica:

Conclusão: